

**efh-papers**  
**Veröffentlichungsreihe der Evangelischen Fachhochschule Hannover**  
**Blumhardt Verlag**  
**ISSN 1612-2054**

P07-001

**Stellenabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser**  
**Eine Analyse der Entwicklung zwischen 1991 und 2005**

Michael Simon

Hannover, Dezember 2007

Publications series of the Protestant University of Applied Sciences Hannover  
Blumhardtstraße 2, D-30625 Hannover  
[www.efh-hannover.de](http://www.efh-hannover.de)  
E-mail: [veroeffentlichungsreihe@efh-hannover.de](mailto:veroeffentlichungsreihe@efh-hannover.de)

Anregungen, Anmerkungen und Kritik bitte direkt an den Autor:  
[michael.simon@fh-hannover.de](mailto:michael.simon@fh-hannover.de)

Zum 1. September 2007 wurde die Evangelische Fachhochschule Hannover zur Fakultät V – Diakonie, Gesundheit und Soziales – der Fachhochschule Hannover. Die Veröffentlichungsreihe ‚efh-papers‘ wird für einen begrenzten Zeitraum unter dem bisherigen Titel weitergeführt und von der Fakultät herausgegeben. Bestellungen sind zu richten an:

Dekanat

Fakultät V – Diakonie, Gesundheit und Soziales

Fachhochschule Hannover

Blumhardtstr. 2

D-30625 Hannover

## **Stellenabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser**

Eine Analyse der Entwicklung zwischen 1991 und 2005

von Michael Simon

*Hintergrund:* Seit Mitte der 1990er Jahre findet ein Stellenabbau in Krankenhäusern statt, von dem insbesondere auch der Pflegedienst betroffen ist. Obwohl die Tatsache seit längerem bekannt ist, fehlt es noch an einer gründlichen Analyse und Aufbereitung der verfügbaren Daten, um sich ein fundiertes Bild über den Umfang, die Entwicklung, Ursachen und Auswirkungen machen zu können.

*Ziel der Studie:* Ziel der Studie ist eine gründliche und möglichst umfassende Aufbereitung und Analyse sowohl der verfügbaren Daten als auch der krankenhauspolitischen Entwicklung seit 1991. Damit soll die Diskussion über den Stellenabbau im Pflegedienst auf eine bessere Daten- und Wissensgrundlage gestellt werden. Die Analyse soll zudem zur Klärung der Frage beitragen, welches die Ursachen für den Stellenabbau sind und welche Konsequenzen daraus für die Qualität der Patientenversorgung resultieren.

*Methoden:* Primäre Datengrundlage sind die Daten der Krankenhausstatistik sowie der Gesundheitsausgabenrechnung des Statistisches Bundesamtes. Die Analyse der Krankenhausdaten beschränkt sich auf die Allgemeinkrankenhäuser, zum einen weil die sonstigen Krankenhäuser nicht unter den Anwendungsbereich des DRG-Systems fallen und zum anderen der Differenzierungsgrad der krankenhaustatistischen Daten für Allgemeinkrankenhäuser weiter gehende Analysen erlaubt.

*Ergebnisse:* Die Analyse führt zu dem Ergebnis, dass zwischen 1995 und 2005 insgesamt ca. 104.000 Vollzeitstellen für nicht-ärztliches Personal in Allgemeinkrankenhäusern abgebaut wurden. Der ärztliche Dienst wurde hingegen um ca. 19.000 Vollkräfte ausgebaut. Im Saldo ergibt dies einen Gesamtstellenabbau von ca. 85.000 Vollkräften.

Der größte Teil des Stellenabbaus entfiel mit ca. 44.000 Vollzeitstellen auf den Pflegedienst. Im Jahr 2005 lag die Zahl der Vollkräfte im Pflegedienst der Allgemeinkrankenhäuser um 13,7 % unter dem Wert des Jahres 1995 und sogar noch unter dem Wert des Jahres 1991, als über einen Pflegenotstand in Krankenhäusern gesellschaftlich diskutiert wurde.

Eine Analyse der Kostendaten der Allgemeinkrankenhäuser zeigt, dass der Stellenabbau im Pflegedienst nicht allein durch die Budgetdeckelung und Einführung des DRG-Systems erklärt werden kann. Mehr als die Hälfte des Stellenabbaus wäre auf Grund der allgemeinen Budgetentwicklung nicht erforderlich gewesen, sondern erfolgte offenbar, um im Rahmen einer internen Umverteilung Mittel für andere Zwecke freizusetzen. Gewinner der internen Umverteilung war der ärztliche Dienst.

Vor dem Hintergrund der Ergebnisse zahlreicher internationaler Studien muss davon ausgegangen werden, dass der Stellenabbau bereits negative Auswirkungen auf die Qualität der Patientenversorgung hat. Die Ergebnisse internationaler Forschung zu diesem Thema weisen darauf hin, dass eine niedrigere Personalbesetzung in Pflegedienst das Risiko erhöht, als Patient im Krankenhaus eine schwerwiegende Komplikation zu erleiden oder sogar zu versterben.

*Schlussfolgerungen:* Es besteht dringender Handlungsbedarf, da sich die Personalbesetzung des Pflegedienstes in Allgemeinkrankenhäusern seit mehr als 10 Jahren in einer Abwärtsspirale befindet und mit weiterem Stellenabbau zu rechnen ist.

## Inhalt

1	Einleitung.....	7
2	Erläuterungen zur amtlichen Krankenhausstatistik.....	13
3	Entwicklung der politischen und ökonomischen Rahmenbedingungen .....	15
3.1	1991-1995: Der Einstieg in die Budgetdeckelung – ein Deckel mit Löchern .....	16
3.2	1996-1999: Die Löcher im Deckel werden geschlossen – der Druck erhöht.....	19
3.3	2000-2005: Das DRG-System wirft seine Schatten voraus .....	21
4	Entwicklung der Ausgaben für Krankenhäuser .....	27
5	Entwicklung der Zahl der Krankenhäuser, Betten und Fälle .....	33
5.1	Krankenhäuser und Betten .....	34
5.2	Fallzahlentwicklung .....	36
6	Entwicklung der Personalbesetzung insgesamt .....	38
6.1	1991-1995: Personalzuwachs und moderate Deckelung.....	39
6.2	1995-2000: Stellenabbau als Reaktion auf die verschärfte Deckelung.....	45
6.3	2000-2005: Forcierter Stellenabbau zur Vorbereitung auf das DRG-System.....	46
6.4	1991-2005: Eine Zusammenfassung .....	49
7	Entwicklung der Personalbesetzung des Pflegedienstes.....	50
7.1	1991-1995: Stellen- und Personalzuwachs auf Grund der Pflege-Personalregelung.....	51
7.2	1995-2000: Aufhebung der PPR und beginnender Stellenabbau.....	57
7.3	2000-2005: Forcierter Stellenabbau zur Vorbereitung auf das DRG-System.....	59
7.4	1991-2005: Eine Zusammenfassung .....	60
8	Ursachen des Stellenabbaus im Pflegedienst: Budgetdeckelung, DRG-System und interne Umverteilung zu Gunsten des ärztlichen Dienstes .....	63
8.1	Modellrechnung zur Bedeutung interner Umverteilungen für den Stellenabbau im Pflegedienst .....	67
8.2	Diskussion .....	73
9	Unterbesetzung im Pflegedienst: Eine Modellrechnung.....	75
9.1	Zunehmende Unterbesetzung des Pflegedienstes .....	81
9.2	Steigende Arbeitsbelastung .....	82
10	Zum Zusammenhang von Personalkapazität im Pflegedienst und Qualität der Patientenversorgung.....	84
10.1	Ergebnisse der internationalen Forschung .....	86
11	Schlussbetrachtung.....	88
12	Literatur.....	93



# 1 Einleitung

Krankenhäuser in Deutschland unterliegen seit nunmehr fast 15 Jahren einer Deckelung ihrer Budgets und befinden sich seit einigen Jahren zudem in einer Phase des Übergangs von einem überwiegenden Pflegesatzsystem auf ein umfassendes Fallpauschalensystem. Diese Umstellung soll, so die politische Zielvorgabe, die Kliniken in ‚Gewinner‘ und ‚Verlierer‘ aufteilen und zahlreiche Verlierer-Krankenhäuser, die auf Grund der Umstellung auf das Fallpauschalensystem Verluste erleiden, sehen sich in ihrer wirtschaftlichen Existenz bedroht. Seit Jahren werden darum zunehmend stärkere Anstrengungen zur Reduzierung von Kosten unternommen. Entsprechende Meldungen über wirtschaftliche Probleme insbesondere öffentlicher Kliniken gehören mittlerweile zum festen Repertoire insbesondere der regional ausgerichteten Tagespresse, aber auch überregionaler Medienberichterstattung.

Unter dem Eindruck einer 1993 begonnenen und ab 1996 restriktiver gefassten Deckelung der Budgets wurde ab Mitte der 1990er Jahre zunehmend Krankenhauspersonal reduziert. War dies bis vor kurzem kein Thema für die Öffentlichkeit, so gelangte das Thema in den letzten Monaten sogar bis in die TV-Berichterstattung. In einem Beitrag der Sendung Report (Mainz), mit dem Titel „Riskante Krankenpflege: Wie in Krankenhäusern auf Kosten der Pflege gespart wird“ (SWR 2007b), wurde darauf hingewiesen, dass seit 1995 ca. 13,5 % der Stellen im Pflegedienst abgebaut worden seien und dies die Sicherheit und Qualität der Patientenversorgung beeinträchtige. Am 13.11.2007 berichtete die ZDF-Sendung „Frontal 21“ in einem Beitrag mit dem Titel „Gefährdete Patienten – Pflegenotstand in Krankenhäusern“ über die Entwicklung (Becker-Wenzel/Sperling 2007).

Die Fernsehberichte waren allerdings nicht die ersten Hinweis darauf, dass sich im Pflegedienst zahlreicher Krankenhäuser eine Entwicklung vollzogen hat, die wegen ihrer Bedeutung für die Versorgungsqualität zunehmend auch von öffentlichem Interesse ist. Um nur einige der Hinweise zu nennen: Bereits im Jahr 2000 ergab eine Umfrage des Deutschen Krankenhausinstituts, dass 44 % der befragten Krankenhausleitungen angesichts des bis dahin erfolgten Stellenabbaus im Pflegedienst in absehbarer Zeit mit einem Pflegenotstand rechneten (DKI 2000: 4). Das war – wie die nachfolgende Untersuchung zeigen wird – noch vor dem eigentlichen Schub des Stellenabbaus, der nach 2002 einsetzte.

Unter den Eindruck des verstärkten Stellenabbaus im Pflegedienst der Krankenhäuser führte das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG 2006) Mitte 2006 auf eigene Initiative hin eine systematischen Recherche zum Stand der internationalen Forschung über den Zusammenhang zwischen Personalkapazität im Pflegedienst von Krankenhäusern und Qualität der Patientenversorgung durch. Die Notwendigkeit einer solchen Recherche begründete es mit dem Hinweis, dass zwischen 1995 und 2004 insgesamt ca. 41.000 Stellen im Pflegedienst der Krankenhäuser abgebaut wurden, die Auswirkungen dieser

Entwicklung aber unbekannt seien. Die Recherche erbrachte eine Reihe internationaler Studien, die sich mit den Wirkungen einer unterschiedlichen Pflege-Personalkapazität in Krankenhäusern auf die Qualität der Patientenversorgung befassten. Davon wurden 17 eingehender analysiert, mit dem Ergebnis, dass die Mehrzahl der Studien einen Zusammenhang zwischen niedriger Personalbesetzung und einem erhöhten Gesundheitsrisiko für Krankenhauspatienten gefunden habe. Da sich unter den recherchierten Studien keine Studie aus Deutschland befand, sahen die Autoren einen „erheblichen Forschungsbedarf zur Untersuchung möglicher Zusammenhänge zwischen der Pflegekapazität und der Ergebnisqualität“ in Deutschland (IQWiG 2006: 61). Eine entsprechende Ausschreibung durch die Institutionen der staatlichen Forschungsförderung und Bereitstellung von Mitteln hat es bislang aber noch nicht gegeben.

Anfang Dezember 2006 nahmen der Deutsche Pflegerat und die Vereinigung der Leitenden Pflegekräfte (BALK) die Ankündigung einer weiteren pauschalen Kürzung von Krankenhausbudgets zum Anlass, um darauf hinzuweisen, dass durch den Stellenabbau mittlerweile sogar der Personalbestand des Jahres 1991 unterschritten sei und dies erhebliche Nachteile für die Patientenversorgung habe (BALK 2006; DPR 2006).

War die mediale Aufmerksamkeit für die Hinweise auf diese Entwicklung bis dahin nur gering, so sorgte im Juli 2007 der Bericht in Report (Mainz) zusammen mit der Veröffentlichung von Ergebnissen einer Befragung von Pflegedienstleitungen für kurzfristig höhere Aufmerksamkeit und zahlreiche Kurzmeldungen in Tageszeiten (vgl. u. a. Bergius 2007; Koruhn 2007; Nikolow 2007). Die Befragung von 263 Pflegedienstleitungen aus Krankenhäusern hatte zum Ergebnis, dass der Stellenabbau nach Einschätzung der Befragten bereits zu schwerwiegenden Verschlechterungen der Patientenversorgung geführt habe (DIP 2007).

Das mediale Interesse erlahmte allerdings schnell, und bereits wenige Tage nach dem Fernsehbericht war das Thema wieder aus dem Blickfeld der Medien verschwunden. Das Problem besteht allerdings weiterhin. Auf Grund der Fernsehberichte wurden keine Gesetzesinitiativen gestartet und die Krankenhausträger versprachen kein Ende des Personalabbaus und die Schaffung neuer Stellen im Pflegedienst. Im Gegenteil. Der Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit, Theo Schröder, wies im Interview mit Report Mainz die Verantwortung für eine ausreichende Pflege allein den Krankenhäusern zu, der Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) wiederum wies die Verantwortung der Politik zu und stellte weiteren Stellenabbau in Aussicht, da die Gesundheitsreform 2007 die Krankenhäuser dazu zwingen (DKG 2007b, 2007c; SWR 2007a).

Eine im Oktober 2007 durchgeführte repräsentative Bevölkerungsumfrage des Allensbacher Instituts für Demoskopie zum Bild der Krankenhäuser in der Öffentlichkeit erbrachte einen weiteren Mosaikstein für ein zunehmend beunruhigendes Bild der Versorgungssituation in Krankenhäusern. Danach nehmen Patienten eine zunehmende Überlastung und Überforderung des Pflegepersonals wahr. Waren 1995 noch 29 % der Befragten der Auffassung, dass es zu wenig Pflegepersonal in Krankenhäusern gebe, so lag die Zahl im Jahr 2007 bereits bei 37 % (IfD 2007).



Vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen und Berichte starteten der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe und die Gewerkschaft ver.di am 22.11.2007 eine bundesweite Unterschriftenkampagne „Uns reicht’s“, die sich gegen den Stellenabbau und die zunehmende Verschlechterung von Arbeitsbedingungen in der Pflege nicht nur im Krankenhaus, sondern auch in Pflegeheimen und in der ambulanten Pflege richtet.<sup>1</sup> Zwar ist die Kampagne bislang kaum auf Interesse in den Medien gestoßen, dies dürfte sich aber in dem Maße ändern, wie zunehmend mehr Pflegekräfte aktiv werden und öffentlich wahrnehmbar gegen die Entwicklungen protestieren. Welcher politische Druck von der Berufsgruppe erzeugt werden kann, zeigten die öffentlichen Diskussionen und zahlreichen Demonstrationen gegen einen Pflege- notstand in Krankenhäusern Ende der 1980er und Anfang der 1990er Jahre.

Die bisherige Diskussion kann dahingehend zusammengefasst werden, dass es offensichtlich einen Stellenabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser gegeben hat, genaueres Wissen darüber aber noch sehr lückenhaft ist und die entsprechenden Zahlenangaben differieren. Es scheint unbestritten, dass es einen Stellenabbau gegeben hat, welchen Umfang er hat, auf welche Ursachen er zurückzuführen ist und welche Bedeutung er für die Patientenversorgung hat, dazu liegen unterschiedliche Darstellungen und Positionen vor. Die Beiträge zur bisherigen Diskussion stammen zudem überwiegend von Beteiligten, die mit eigenen wirtschaftlichen oder politischen Interessen in das Thema eingebunden sind. So kann die Befragung von Pflegedienstleitungen der Krankenhäuser unter den Vorbehalt gestellt werden, dass die Wahrnehmung oder Darstellung der Leitungskräfte von eigenen Interessen beeinflusst ist. Auch das Gesundheitsministerium ist in dieser Frage Akteur mit eigenen politischen Interessen, denn schließlich trägt es einen wesentlichen Teil der Verantwortung für die Regelung der Krankenhausfinanzierung. Einzuräumen, dass die Budgetdeckelung oder das DRG-System Krankenhäuser zum Stellenabbau in der Pflege gezwungen hat, hieße für das BMG, Mitverantwortung für diese Entwicklung zu übernehmen.

Der gegenwärtigen Diskussion mangelt es an unabhängiger wissenschaftlicher Analyse und Aufbereitung. Die vorliegende Untersuchung soll einen Beitrag zur Verringerung dieses Mangels leisten. Ihr Anliegen ist in erster Linie, eine gründliche Aufbereitung und Analyse der verfügbaren Daten der Krankenhausstatistik bereit zu stellen, damit offene Fragen und einander widersprechende Darstellungen auf Grundlage verlässlicher und unabhängig aufbereiteter Daten diskutiert werden können.

Der Stellenabbau im Pflegedienst ist Teil einer Gesamtentwicklung im Krankenhausbereich, die in den Blick genommen werden muss, will man sich ein zutreffendes Bild über die Ursachen und Hintergründe des Personalabbaus machen. In einer Stellungnahme der DKG zur DIP-Studie wurde der Stellenabbau im Pflegedienst beispielsweise damit relativiert, dass er kein isoliertes Problem einer einzelnen Berufsgruppe sei und fast alle Bereiche des Krankenhauses unter den verschlechterten wirtschaftlichen Rahmenbedingungen zu leiden hätten.

---

<sup>1</sup> zu weiteren Informationen vgl. <http://www.pflege-uns-reicht.de/main.php>

Nur eine differenzierte Analyse der Krankenhausstatistik kann klären, ob dies so war, und zeigen, dass der Stellenabbau keineswegs alle Berufsgruppen gleich getroffen hat und es unter dem Deckel der Budgetierung innerhalb der Krankenhäuser eine deutliche Umverteilung von Ressourcen gegeben hat, und dass dies seit 1996 zunehmend zu Lasten des Pflegedienstes gegangen ist. Gewinner der Umverteilung ist der ärztliche Dienst, der nicht nur keinem Stellenabbau ausgesetzt war, sondern über den gesamten Betrachtungszeitraum einen Stellenzuwachs zu verzeichnen hatte.

Die Frage nach den Ursachen des Stellenabbau ist – wie die nachfolgende Untersuchung zeigen wird – nur teilweise mit dem Verweis auf die Budgetdeckelung zu beantworten. Eine differenzierte Analyse sowohl der Stellenentwicklung als auch der Kostenentwicklung zeigt, dass der Stellenabbau im Pflegedienst in den letzten Jahren zunehmend Ergebnis interner Umverteilungen ist. Der überwiegende Teil des Stellenabbaus seit 2002 erfolgte offenbar, um Mittel zur Finanzierung anderer Zwecke zu erhalten.

In der vorliegenden Untersuchung sollen die bisherigen Impulse und Beiträge aufgegriffen und vertiefend weitergeführt werden. Es kann nicht darum gehen, aufzuzeigen, dass es einen Stellenabbau gegeben hat, das ist bekannt. Es sollen vielmehr der Umfang, die Ursachen und möglichen Folgen für die Patientenversorgung auf Grundlage von Daten der Krankenhausstatistik bzw. des internationalen Forschungsstandes untersucht werden.

Die Untersuchung ist wie folgt aufgebaut. Da die Analyse ausgewählter Daten der Krankenhausstatistik im Mittelpunkt steht, werden zunächst zentrale Begrifflichkeiten der Krankenhausstatistik erläutert und wird auf Änderungen der Krankenhausstatistik im Zeitverlauf hingewiesen. Die Kenntnis dieser Zusammenhänge ist Voraussetzung für die richtige Interpretation von Längsschnittdaten der Krankenhausstatistik.

Daran schließt sich eine Darstellung der krankenhauspolitischen Entwicklung und der ökonomischen Rahmenbedingungen für Krankenhäuser seit 1991 an. Die Rekonstruktion der historischen Entwicklung folgt einer Einteilung in drei Phasen, die auch zur Strukturierung der nachfolgenden Kapitel dienen. Die erste Phase (1991-1995) umfasst die Zeit unmittelbar vor Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes sowie die erste Phase der Budgetdeckelung zwischen 1993 und 1995. Die zweite Phase (1995-2000) war eine Phase verschärfter Budgetdeckelung und die Entwicklung ab 2000 war dominiert von der Vorbereitung auf und den Einstieg in das DRG-System.

Die Rekonstruktion der krankenhauspolitischen Entwicklung ist für das Thema der Untersuchung insofern sinnvoll, als Auslöser des Stellenabbaus in erster Linie krankenhauspolitische Interventionen waren. Der Einstieg erfolgte mit der Einführung einer Budgetdeckelung durch das Gesundheitsstrukturgesetz 1993 und ab Mitte der 1990er wurde diese Deckelung durch mehrere gesetzgeberische Eingriffe weiter verschärft. Sollte sich eine gesellschaftliche Diskussion über den Stellenabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser entwickeln und die Forderung nach einer Änderung aufkommen, so zieht dies zwangsläufig die Frage nach Änderungen in der Krankenhausfinanzierung nach sich. Hier liegen die zentralen Ursachen.

An die Rekonstruktion der historischen Entwicklung schließt sich ein Exkurs zur Entwicklung der Krankenhausaussgaben an. Im Krankenhausbereich wird seit Einführung der Deckelung im Jahr 1993 über eine zunehmend schwierigere wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser geklagt, die unter anderem auch zum Stellenabbau gezwungen habe. Die tatsächliche Entwicklung der Ausgaben für Krankenhäuser (ohne öffentliche Investitionsförderung) steht allerdings in einem eigentümlichen Kontrast zu dieser Wahrnehmung bzw. Darstellung. Die Gesamtausgaben sind nicht zurückgegangen, sondern stiegen auch in Jahren restriktiver Budgetdeckung oder pauschaler Budgetkürzungen um 2-3 % an, so dass der Anteil der Krankenhausaussgaben relativ zum Bruttoinlandsprodukt (BIP) über den gesamten Zeitraum der Deckelung konstant bei ca. 2,7-2,8 % des BIP lag. Auch dies wirft Fragen auf, insbesondere die Frage, wie dieser Befund mit dem Stellenabbau in Einklang zu bringen ist.

Im Anschluss an den Exkurs zur Entwicklung der Krankenhausaussgaben wird zunächst die Entwicklung der Makrostrukturen der Krankenhausversorgung anhand ausgewählter Kennzahlen nachgezeichnet. Die Analyse erfolgt nur für die allgemeinen Krankenhäuser, nicht für die sonstigen Krankenhäuser, zu denen vor allem psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser zählen. Diese Eingrenzung erfolgt in erster Linie aus zwei Gründen. Zum einen gilt für die Personalbemessung in der stationären Psychiatrie mit der Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) anders als in der somatischen Pflege weiterhin eine gesonderte Regelung, die auch für Budgetverhandlungen zugrunde gelegt wurde. Der auch bei den sonstigen Krankenhäusern zu verzeichnende Stellenabbau kann insofern auch Ergebnis der Personalbedarfsermittlung nach PsychPV sein und sich aus der Leistungsentwicklung sowie veränderten Behandlungskonzepten ergeben. Diesen Schluss legen zumindest die extremen Veränderungen zentraler Leistungskennzahlen nahe.<sup>2</sup> Mit der Konzentration auf die Allgemeinkrankenhäuser wird es auch möglich, den Effekt der 1993 eingeführten und 1996 wieder aufgehobenen Pflege-Personalregelung (PPR) zu schätzen, die nur für die allgemeine somatische Pflege galt. Ein weiterer Grund für die Begrenzung auf Allgemeinkrankenhäuser ist der Geltungsbereich des DRG-Systems, das nicht für psychiatrische, psychosomatische und psychotherapeutische Kliniken und Abteilungen gilt. Mit der Begrenzung auf Allgemeinkrankenhäuser werden aber dennoch ca. 91 % der Vollkräfte im Pflegedienst von Krankenhäusern insgesamt erfasst.

Die Analyse der Kapazitäts- und Fallzahlentwicklung ist für das zentrale Thema der Untersuchung insofern notwendig, weil geklärt werden muss, ob und in welchem Umfang der Stellenabbau Ergebnis eines Kapazitätsabbaus und Leistungsrückgangs war. Von besonderer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang die Entwicklung der Fallzahlen. Die Analyse zeigt jedoch auf, dass eine alleinige Betrachtung der Zahl der vollstationären Fälle der Versorgungswirklichkeit der Krankenhäuser und damit auch der Belastungssituation der Pflege nicht mehr gerecht wird. Seit einigen Jahren werden zunehmend mehr vollstationäre Leistungen in den

---

<sup>2</sup> So ist die Fallzahl in sonstigen Krankenhäusern zwischen 1995 und 2005 um 68 % gestiegen und die Verweildauer im gleichen Zeitraum auf fast die Hälfte zurückgegangen. Offenbar wurden psychiatrische Versorgungskonzepte in der Art umgestellt, dass Patienten eher entlassen und gegebenenfalls kurzfristig wieder aufgenommen werden.

nicht-vollstationären Bereich verlagert. Sowohl die Zahl der ambulanten Operationen als auch der vorstationären und teilstationären Fälle hat seit 2002 erheblich zugenommen.

Auf Grundlage dieser Vorarbeiten wird schließlich die Entwicklung der Personalbesetzung analysiert. Zunächst für alle Personalgruppen insgesamt und anschließend für den Pflegedienst. Die Analyse führt zu dem Ergebnis, dass im Pflegedienst der Allgemeinkrankenhäuser zwischen 1995 und 2005 insgesamt ca. 44.000 Stellen abgebaut wurden.

Da die verschiedenen Dienstarten in sehr unterschiedlichem Maße vom Stellenabbau betroffen waren und der ärztliche Dienst fast über den gesamten Zeitraum Stellenzuwächse zu verzeichnen hat, scheint die Darstellung, die Budgetdeckelung sei alleinige Ursache des Stellenabbau, wenig überzeugend. Die Deckelung kann nicht erklären, warum in der einen Dienstart Stellen abgebaut, in der anderen aber aufgestockt wurden. Offensichtlich hat es ‚unter dem Deckel‘ Umverteilungen gegeben. Auf Grundlage einer Analyse der Kostendaten der Allgemeinkrankenhäuser wird darum im folgenden Kapitel ermittelt, wie viele Stellen im Pflegedienst auf Grund der Deckelung abgebaut werden mussten und wie viele darüber hinaus für Zwecke der internen Umverteilung, insbesondere zur Finanzierung zusätzlicher Arztstellen. Die Analyse führt zu dem Ergebnis, dass lediglich ca. 44 % des Stellenabbaus von 1995-2005 durch die Budgetentwicklung erklärt werden kann, ca. 56 % der abgebauten Stellen wurden offenbar gestrichen, um Finanzmittel für andere Zwecke freizusetzen.

Die Analyse der Entwicklung schließt mit einer Modellrechnung zum Personalbedarf, der sich ergibt, wenn die Zahl der Vollkräfte ab 1996 analog zur Entwicklung der Zahl der vollstationären Fälle fortgeschrieben wird. Danach lag die Zahl der tatsächlich beschäftigten Vollkräfte im Pflegedienst der Allgemeinkrankenhäuser im Jahr 2005 um ca. 60.000 unter dem Vollkraft-Soll. Dabei blieb die Leistungszunahme im Bereich der ambulanten Operationen sowie vor- und teilstationären Behandlungen unberücksichtigt

Die Untersuchung endet mit einem Überblick über Ergebnisse internationaler Forschung zu den Auswirkungen einer zu geringen Personalbesetzung im Pflegedienst auf die Gesundheit von Krankenhauspatienten.

## 2 Erläuterungen zur amtlichen Krankenhausstatistik

Die vorliegende Untersuchung konzentriert sich auf die allgemeinen Krankenhäuser und stützt sich vor allem auf die Daten der amtlichen Krankenhausstatistik. Zum besseren Verständnis der nachfolgenden Darstellungen erscheint es sinnvoll, einige Besonderheiten und Fachbegriffe der Krankenhausstatistik kurz zu erläutern.

Die Krankenhausstatistik unterteilt Krankenhäuser in ‚allgemeine Krankenhäuser‘ und ‚sonstige Krankenhäuser‘. Als allgemeine Krankenhäuser gelten nach der derzeitigen Abgrenzung alle Krankenhäuser, die nicht ausschließlich über Betten für psychiatrische, psychotherapeutische oder psychiatrische, psychotherapeutische und neurologische Patienten verfügen. Auf sie entfallen knapp 90 % der Krankenhäuser, 96 % der Betten und 94 % der Vollkräfte in Krankenhäusern insgesamt. Als sonstige Krankenhäuser gelten dementsprechend Krankenhäuser, die ausschließlich über Betten für psychiatrische, psychotherapeutische oder psychiatrische, psychotherapeutische und neurologische Patienten verfügen. Beide Gruppen werden unter der Bezeichnung ‚Krankenhäuser‘ in der Statistik zusammengefasst. Die nachfolgende Analyse konzentriert sich auf die Allgemeinkrankenhäuser, zum einen weil vor allem sie von der Budgetdeckelung betroffen waren und sind, vor allem aber da die psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Kliniken bislang nicht in das DRG-System einbezogen wurden. Will man die ersten Wirkungen des DRG-Systems anhand der Daten der Krankenhausstatistik analysieren, sollte dies darum ohne die Daten der psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychosomatischen Krankenhäuser geschehen.

Bei der Interpretation der Daten ist zu berücksichtigen, dass innerhalb des Betrachtungszeitraumes 1991 bis 2005 die Krankenhausstatistik-Verordnung und damit auch Definitionen und Datenzuordnungen geändert wurden. So ist die Abgrenzung zwischen allgemeinen Krankenhäusern und sonstigen Krankenhäusern ab 2002 bis 2004 eine andere als für die Jahre bis 2001 und ab 2005 (StBA 2004, 2007a). Durch die Änderung ab 2002 wurden die rein neurologischen Krankenhäuser nicht mehr den allgemeinen Krankenhäusern zugeordnet, sondern den sonstigen. Wie viele rein neurologische Krankenhäuser davon betroffen waren, ist aus der Krankenhausstatistik nicht exakt zu entnehmen. Aus einem Vergleich der Daten für die Jahre 2001 und 2002 kann allerdings ungefähr auf die betreffenden Zahlen der Kliniken, Betten und des Personals geschlossen werden. Danach dürfte es sich insgesamt um ca. 70 Krankenhäuser mit insgesamt ca. 6.000 Betten und einer Personalausstattung im Umfang von ca. 8.700 Vollkräften gehandelt haben, darunter ca. 2.400 Vollkräfte im Pflegedienst. Die Veränderungen der Daten von 2001 auf 2002 und von 2004 auf 2005 dürfen deshalb auch nicht ohne weiteres als reale Veränderungen in allgemeinen Krankenhäusern gedeutet werden, da sie zu einem nicht genauer bestimmbareren Teil auch Folge der veränderten Abgrenzung sind.

Durch eine erneute Novellierung der Krankenhausstatistik-Verordnung wurde die Abgrenzung ab 2005 wieder derjenigen der Jahre bis 2001 angeglichen. Die Daten des Jahres 2005 sind darum in der Längsschnittbetrachtung auch wieder mit den Daten der Jahre bis 2001 ver-

gleichbar. In den folgenden Abbildungen wurden, wo dies angebracht erschien, die geänderten Abgrenzungen durch eine gesonderte grafische Darstellung gekennzeichnet (gestrichelte Linie statt durchgehender Linie). In den tabellarischen Darstellungen der Längsschnittdaten wurde auf eine gesonderte Kennzeichnung verzichtet.

Es bleibt noch darauf hinzuweisen, dass die Stundenfälle innerhalb eines Tages bis 2001 gesondert erfasst und in der Krankenhausstatistik ausgewiesen wurden. Seit 2002 sind sie Teil der Gesamtfallzahl und nicht mehr gesondert ausgewiesen. Dadurch erhöht sich die Zahl der Fälle insgesamt. Im Jahr 2001 wurden in Allgemeinkrankenhäusern ca. 730.000 Stundenfälle zusätzlich zu den vollstationären Fällen versorgt. Es ist anzunehmen, dass deren Zahl unter den Bedingungen des DRG-Systems zugenommen hat. Ihre genaue Zahl ist der Krankenhausstatistik aber leider nicht mehr zu entnehmen. Ab dem Jahr 2005 werden zudem erstmals auch die gesunden Neugeborenen als Fälle mitgezählt. Deren Zahl lag 2004 bei ca. 440.000 (Schelhase 2007: 304).

Zur Personalbesetzung der Allgemeinkrankenhäuser bietet die Krankenhausstatistik unterschiedliche Kennzahlen. Zum einen wird die Zahl der Beschäftigten insgesamt sowie der Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigten ausgewiesen, die zum Stichtag 31.12. des jeweiligen Jahres in den Krankenhäusern berufstätig waren. Als weitere Kennzahl bietet die Krankenhausstatistik die Zahl der so genannten ‚Vollkräfte‘ im Jahresdurchschnitt. Die Zahl der Vollkräfte wird ermittelt, indem die Summe der tatsächlichen Arbeitszeit aller Vollzeitbeschäftigten, Teilzeitbeschäftigten und der nur vorübergehend in Krankenhäusern beschäftigten Mitarbeiter auf Stellen mit voller tariflicher Arbeitszeit umgerechnet werden. Die sich daraus ergebende Zahl wird auch als ‚Vollzeitäquivalente‘ oder ‚Vollkraftäquivalente‘ bezeichnet und ist gleichbedeutend mit dem im Krankenhausbereich üblichen Begriff der ‚Vollzeitstellen‘. In der vorliegenden Untersuchung werden die Begriffe ‚Vollkräfte‘ oder ‚Vollzeitstellen‘ verwendet.

Bei der Kennzahl ‚Vollkräfte‘ handelt es sich insofern um eine sehr wichtige Kennzahl, als an ihr die Entwicklung sowohl der Zahl der Vollzeitstellen als auch das für die Patientenversorgung tatsächlich verfügbare Gesamtvolumen an Arbeitszeit am ehesten erkennbar wird. An der Zahl der Beschäftigten ist beides nicht ablesbar, da der Anteil der Teilzeitbeschäftigten im Krankenhausbereich seit langem überdurchschnittlich hoch und zwischen 1991 und 2005 noch einmal deutlich angestiegen ist.

Bei der Interpretation der beiden Kennzahlen ‚Beschäftigte‘ und ‚Vollkräfte‘ ist darüber hinaus zu beachten, dass sie sich auf unterschiedliche Zeiträume bzw. Zeitpunkte beziehen. Während die Zahl der Beschäftigten nur zum Stichtag 31.12. gemessen wird, erfasst die Zahl der Vollkräfte die Personalbesetzung des gesamten Jahres, umgerechnet in Stellen mit voller tariflicher Arbeitszeit. Damit erfasst sie auch eine im Krankenhausbereich seit einigen Jahren zunehmend praktizierte Strategie der Reduzierung von Personalkosten, nämlich die befristete Wiederbesetzungssperre bzw. zeitweilige Nichtbesetzung frei werdender Stellen. Ist eine Stelle zum 31.12. des Vorjahres besetzt, wird zum 1.4. des kommenden Jahres durch Kündigung oder Auslaufen des befristeten Arbeitsvertrages frei und erst zum 1.10. des Jahres wieder be-

setzt, so würde sie in dem betreffenden Jahr als ein Beschäftigter aber nur 0,5 Vollkräfte in der Statistik erscheinen. Nur wenn man diese Besonderheiten der Begriffsdefinitionen, Datenerhebung und -aufbereitung berücksichtigt, wird beispielsweise nachvollziehbar, warum sich die Zahl der Beschäftigten und die der Vollkräfte in Allgemeinkrankenhäusern nicht parallel entwickelt haben.

Um sich ein realitätsnahes Bild über das tatsächlich eingesetzte Arbeitszeitvolumen machen zu können, wäre es eigentlich erforderlich, auch Daten über die Zahl der geleisteten Überstunden in die Analyse einzubeziehen. Leider bietet die Krankenhausstatistik aber keine Angaben zu Überstunden. Dies ist insofern bedauerlich, als es zahlreiche Hinweise darauf gibt, dass die Zahl der Überstunden in Krankenhäusern in den letzten Jahren deutlich gestiegen ist.

Zu den Angaben über die Personalbesetzung des Pflegedienstes der Krankenhäuser ist anzumerken, dass „Pflegedienst“ im Sinne der Krankenhausstatistik die Normalstationen und Intensivstationen einschließt, nicht jedoch das Pflegepersonal im Operationsdienst, der Anästhesie, Endoskopie sowie den Ambulanzen und Polikliniken. Diese werden dem „Funktionsdienst“ zugeordnet. Der Funktionsdienst kann aber nicht insgesamt dem Pflegedienst zugerechnet werden, da dort auch andere Berufsgruppen tätig sind. Die genaue Zahl der Pflegekräfte in Funktionsbereichen weist die Krankenhausstatistik leider nicht aus.

Leider unterscheidet die Krankenhausstatistik bei den Angaben zur Personalbesetzung nicht in Normal- und Intensivstationen. Dies wäre für die vorliegende Untersuchung insofern hilfreich gewesen, als die zwischen 1993 und 1995 gesetzlich vorgegebene Pflege-Personalregelung (PPR) zur Bemessung der Stellenpläne im Pflegedienst der Krankenhäuser nur für den Bereich der Normalstationen galt, nicht jedoch für Intensivstationen. Die Auswirkung der PPR ist darum letztlich nicht exakt zu bestimmen, sondern nur ungefähr.

Die Bezeichnungen der verschiedenen Berufsgruppen dürften weitgehend nachvollziehbar und verständlich sein, mit Ausnahme der Gruppenbezeichnungen ‚Sonderdienste‘ und ‚sonstiges Personal‘. Hier folgt die Krankenhausstatistik weitgehend den Zuordnungen, wie sie durch die Krankenhausbuchführungsverordnung (KHBV) vorgegeben werden. Danach werden den Sonderdiensten insbesondere das leitende Pflegepersonal (Abteilungsleitungen und Pflegedirektionen), Sozialarbeiter, Krankenhausseelsorger und das Betreuungspersonal von Betriebskindergärten zugerechnet. Dem ‚sonstigen Personal‘ rechnet die Krankenhausstatistik abweichend von der Systematik der KHBV nur das sonstige nichtärztliche Personal zu (Zivildienstleistende, Praktikanten etc.).

Die geänderten Abgrenzungen zwischen allgemeinen und sonstigen Krankenhäusern haben nicht nur Bedeutung für die Zahl der Krankenhäuser und Betten, sondern auch für alle anderen Daten, insbesondere auch für die Daten zur personellen Besetzung der Krankenhäuser. Allerdings kann sich die veränderte Zuordnung der rein neurologischen Krankenhäuser nur in sehr geringem Umfang auf die hier besonders interessierenden Veränderungsraten auswirken. Die Zahl der Vollkräfte in den betreffenden Krankenhäusern entspricht nur ca. 1,1 % der Vollkräfte in Allgemeinkrankenhäusern und die der Vollkräfte im Pflegedienst nur ca. 0,8 %.

### **3 Entwicklung der politischen und ökonomischen Rahmenbedingungen**

Die Entwicklung der politischen und ökonomischen Rahmenbedingungen für Allgemeinkrankenhäuser zwischen 1991 und 2005 wird nachfolgend in drei Phasen unterteilt dargestellt. Die erste Phase begann mit dem Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes zum 1.1.1993 und reichte bis Ende 1995, sie ist deckungsgleich mit der ersten Phase der Budgetdeckelung. Die zweite Phase begann mit dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Stabilisierung der Krankenhausaussgaben am 1.1.1996 und endete 1999. Mit dem Inkrafttreten des GKV-Gesundheitsreformgesetzes zum 1.1.2000 begann die dritte Phase der hier verwendeten Phaseneinteilung, die Phase der Vorbereitung auf und des Einstiegs in das DRG-Fallpauschalensystem.

- 1991-1995: Die Zeit zwischen 1991 und 1995 ist vor allem geprägt durch die Einführung der Budgetdeckelung zum 1.1.1993, die ursprünglich nur bis Ende 1995 gelten sollte. Diese erste Phase der Budgetdeckelung war jedoch – rückblickend betrachtet – noch sehr moderat ausgestaltet, da eine Reihe wichtiger Ausnahmen von der Deckelung im Gesetz enthalten waren.
- 1996-1999: Die zweite Phase brachte eine verschärfte Deckelung und darüber hinaus auch pauschale Budgetabsenkungen. Zugleich mussten sich die Krankenhäuser auf ein neues Entgeltsystem umstellen, bestehend aus Basispflegesatz, Abteilungspflegesätzen, pauschalierten Sonderentgelten und Fallpauschalen.
- 2000-2005: Im Jahr 2000 entschied der Gesetzgeber, dass die Umstellung auf das neue Entgeltsystem abgebrochen und stattdessen ein umfassendes Fallpauschalensystem auf Grundlage eines international bereits eingesetzten DRG-Systems eingeführt werden soll. Nach einer kurzen Übungszeit sollten die jeweiligen krankenhausspezifischen Fallpauschalen schrittweise an landesweite Durchschnittskosten angeglichen werden, mit der politisch gewünschten Wirkung, dass daraus für einen Teil der Krankenhäuser Überschüsse und für einen anderen Teil Defizite entstehen. Parallel dazu wurde die Budgetdeckelung unter weiterhin restriktiven Rahmenseetzungen fortgesetzt, mit Veränderungsraten um die 1 %, teilweise sogar noch deutlich darunter.

#### **3.1 1991-1995: Der Einstieg in die Budgetdeckelung – ein Deckel mit Löchern**

Bis einschließlich für das Jahr 1992 wurden die jährlichen Erhöhungen der Krankenhausbudgets in Budgetverhandlungen zwischen dem jeweiligen Krankenhaus und den Krankenkassen relativ frei ausgehandelt. Je nach Verhandlungsgeschick der Krankenhausleitung und finanzieller Lage der an den Verhandlungen beteiligten Krankenkassen konnten durchaus auch zweistellige Budgetsteigerungen vereinbart werden. Diese Handlungsspielräume wurden durch das Gesundheitsstrukturgesetz ab dem 1.1.1993 weitgehend beseitigt.



Seit 1993 gilt der Grundsatz, dass die Krankenhausbudgets jährlich nicht stärker steigen sollen als die Veränderungsrate der betragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied (§ 17 Abs. 1a KHG i. d. F. d. GSG 1993). Da dieser Wert zum Zeitpunkt der Budgetverhandlungen, die laut Pflegesatzrecht vor Beginn des betreffenden Pflegesatzzeitraums abgeschlossen sein sollten, noch nicht vorliegen kann, muss dieser Richtwert auf andere Weise gewonnen werden. In den ersten Jahren der Deckelung schätzte das Bundesministerium für Gesundheit die entsprechende Veränderungsrate auf Grundlage vorhergehender Zeiträume. Da es sich dabei regelmäßig verschätzte und somit auch die Verantwortung für zu hohe Richtwerte trug, wurde das Verfahren dahingehend geändert, dass mittlerweile der Durchschnittswert zweier vorhergehender Perioden als Vorgabe für die Vergütungsverhandlungen genommen wird. Die jeweilige ‚Veränderungsrate‘ wird im Bundesanzeiger bekannt gegeben und ist für die Vergütungsvereinbarungen bindend (§ 71 Abs. 3 SGB V).

Ursprünglich war die Budgetdeckelung nur als vorübergehende ‚Notbremse‘ gedacht und auch so angekündigt (Simon 2000: 228 ff.). Sie sollte lediglich für die Jahre 1993, 1994 und 1995 gelten. Ab 1996 sollte ein neues Entgeltsystem eingeführt werden, ohne gesetzlich vorgegebene Veränderungsrate für die Krankenhausbudgets. Entgegen der Ankündigung der Bundespolitik wurde die Budgetdeckelung jedoch weitergeführt und soll im Krankenhausbereich offenbar auch unbegrenzt weiter gelten.

Die Einführung der Budgetdeckelung war für die Krankenhäuser insofern ein erheblicher Einschnitt, als die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassenmitglieder deutlich unter den vor 1993 vertraglich vereinbarten Budgeterhöhungen lagen. Zwar waren die Veränderungsrate für die Jahre 1993 und 1994 noch relativ hoch, seit 1995 reichen sie aber häufig nicht mehr aus, die üblichen Kostensteigerungen sowohl im Sachkosten- wie auch im Personalkostenbereich der Krankenhäuser zu decken (Tab. 1). In den letzten Jahren liegen sie zudem überwiegend auch deutlich unter einem Prozent. Gelingt es einem Krankenhaus nicht, Kostenunterdeckungen durch zusätzliche Einnahmen zu kompensieren, steigt mit jedem Jahr der Deckelung der wirtschaftliche Druck durch zunehmend höhere Defizite. Ohne Maßnahmen der Kostenreduzierung konnten Krankenhäuser unter den Bedingungen der Budgetdeckelung folglich nicht wirtschaftlich überleben.

In den ersten Jahren war die Deckelung allerdings weniger einschneidend als zunächst vielfach im Krankenhausbereich befürchtet. Die erste Phase der Budgetdeckelung zwischen 1993 und 1995 enthielt mehrere wichtige Ausnahmen von der Deckelung. Im Gesetz waren Kostenbereiche bestimmt worden, in denen Krankenhäuser einen Anspruch auf Deckung der tatsächlich entstandenen Kosten hatten (vgl. BMG 1993; vgl. Simon 2000: 246 ff.; Tusch/Bechtholdt 1993). Darunter fielen insbesondere Folgekosten der Umsetzung von Rechtsvorschriften des Bundes oder von Vereinbarungen der Spitzenverbände. Da die Krankenhäuser diese Vorschriften und Vereinbarungen zwingend befolgen mussten, sollten ihnen deshalb die entsprechenden Mehrkosten auch nicht als Verlustrisiko aufgebürdet werden.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Dazu gehörten beispielsweise die Folgekosten der als Teil des Gesundheitsstrukturgesetzes beschlossene Pflege-Personalregelung und die mit den Krankenkassen vereinbarte Erhöhung der Zahl der Unterrichtskräfte an Krankenpflegeschulen. Eine weitere wesentliche Po-

**Tabelle 1:** Veränderungsrate nach § 71 SGB V.

Vereinbarungs- zeitraum	Veränderungsrate <sup>1</sup>	
	West	Ost
1993	4,000 %	16,500 %
1994	2,400 %	8,900 %
1995	0,700 %	0,400 %
1996	0,855 %	1,106 %
1997	1,300 %	2,300 %
1998	1,000 %	0,800 %
1999	1,660 %	0,270 %
2000	1,430 %	1,430 %
2001	1,630 %	1,630 %
2002	1,840 %	1,870 %
2003	0,810 %	2,090 %
2004	0,020 %	0,710 %
2005	0,380 %	0,380 %
2006	0,630 %	0,630 %
2007	0,280 %	1,050 %

Quelle: DKG.

1) Bis 2005: beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied; 2006 und 2007: beitragspflichtige Einnahmen je Versicherten.

Dennoch aber war die Einführung der Budgetdeckelung mit Verunsicherung und vielen Befürchtungen sowohl im Krankenhausmanagement als auch bei den Krankenhausträgern verbunden. Vor allem die öffentlichen Träger reagierten auf die Aussicht, dass ihre Kliniken zukünftig in Folge der Deckelung Defizite zu verzeichnen haben könnten, mit einer partiellen Abkoppelung ihrer Krankenhäuser. Es setzte eine Welle formaler Privatisierungen insbesondere kommunaler Kliniken ein. Sie blieben zwar im Eigentum der jeweiligen Stadt oder des Landkreises, wurden aber in privatrechtliche Rechtsformen überführt. Häufigste Rechtsform war und ist die GmbH oder gemeinnützige GmbH (Haack 1993a, 1993b). Vereinzelt kam es aber auch zur materiellen Privatisierung durch Verkauf an eine private Klinikette.

Eine weitere weit verbreitete Strategie der Kostenreduzierung war das Outsourcing von Servicebereichen, vor allem von Küchen und Krankenhauswäschereien, soweit diese nicht ohnehin bereits ausgliedert waren (Helmig 1994; Jeschke/Hailer 1995).

---

sition waren die erhöhten Betriebskosten in Folge von Änderungen der Krankenhausplanung (z.B. Inbetriebnahme einer neuen Abteilung oder eines OP-Traktes etc.).

### **3.2 1996-1999: Die Löcher im Deckel werden geschlossen – der Druck erhöht**

In dem Maße, wie die Wirkungen der Ausnahmeregelungen auch an Finanzdaten der gesetzlichen Krankenversicherung erkennbar wurden, nahm die Kritik insbesondere von Seiten der Krankenkassen zu. Da sich die finanzielle Situation der Krankenkassen keineswegs dauerhaft verbessert hatte, zeichnete sich ab, dass die Budgetdeckelung entgegen der ursprünglichen Zusage nicht Ende 1995 auslaufen, sondern unter verschärften Bedingungen fortgesetzt würde. Die entsprechenden Regelungen wurden durch verschiedene Gesetze in den Jahren ab 1996 schrittweise restriktiver gefasst (vgl. Simon 2000: 329-337).

Zunächst wurde mit dem Ende 1995 vorgelegten und im März 1996 verabschiedeten „Gesetz zur Stabilisierung der Krankenhausaussgaben 1996“ (StabG) die Budgetdeckelung bis Ende 1996 verlängert, allerdings mit weniger Ausnahmeregelungen (u. a. wurde die Anwendung der PPR ausgesetzt) (Tuschen 1996). Das Stabilisierungsgesetz war noch nicht in Kraft getreten, da wurde im Mai 1996 mit dem „Beitragsentlastungsgesetz“ bereits das nächste Gesetz vorgelegt. Darin enthalten war eine pauschale Kürzung der Krankenhausbudgets um 1 % für die Jahre 1997, 1998 und 1999. Die Weiterführung der Deckelung erfolgte somit auf einem um 1 % niedrigeren Niveau. Waren in der ersten Phase der Deckelung Personalkostensteigerungen auf Grund tarifvertraglicher Änderungen noch weitgehend refinanziert worden, so reduzierte das Ende 1996 vorgelegte und Mitte 1997 in Kraft getretene „Zweite GKV-Neuordnungsgesetz“ den Anspruch auf Deckung der zusätzlichen Personalkosten auf ein Drittel der Differenz zwischen linearer BAT-Erhöhung und Veränderungsrate nach § 71 SGB V.

Ab 1996 war zudem noch ein neues Entgeltsystem anzuwenden, das ebenfalls mindestens jährlich geändert wurde. Ein charakteristisches Beispiel für das verwirrende Durcheinander und die Konzeptionslosigkeit der Gesundheitspolitik dieser Zeit war der Start in das neue Entgeltsystem (zur Kritik der Konzeptionslosigkeit vgl. u.a. Mohr 1995). Noch bevor die neue Bundespflegesatzverordnung zum 1.1.1996 in Kraft trat, waren bis Ende 1995 bereits zwei Veränderungsverordnungen zu dieser noch nicht einmal in Kraft getreten Verordnung beschlossen worden (Simon 2000).

Die Rechtsunsicherheit in diesen Jahren ist für das Thema dieser Untersuchung insofern von Bedeutung, als dadurch Budgetverhandlungen erheblich verzögert wurden und Krankenhäuser ständig mit weiteren Veränderungen von Rechtsvorschriften rechnen mussten, die weitere Kürzungen zum Ziel hatten. Wenn bis Mitte oder sogar Ende des Jahres noch kein Budget für das laufende Jahr vereinbart werden konnte und damit zu rechnen war, dass kurzfristig ein weiteres Gesetz mit Budgetkürzungen vorgelegt würde, so konnte es aus Sicht einer Krankenhausleitung als dringend notwendig erscheinen, zur Vermeidung wirtschaftlicher Risiken freiwerdende Stellen zunächst einmal nicht wieder zu besetzen. Auch wenn damit die betreffenden Planstellen nicht vollständig gestrichen wurden, so führte diese Strategie der Kostenreduzierung insgesamt doch zu einem Stellenabbau, der – wie an späterer Stelle gezeigt wird – in der Krankenhausstatistik als Rückgang der Zahl der Vollkräfte in Erscheinung tritt.

Die Fortsetzung der Budgetdeckelung unter verschärften Bedingungen bereitete den Krankenhäusern zunehmende wirtschaftliche Probleme. Konnten sie die Sachkostensteigerungen noch bis zu einem gewissen Punkt durch Wechsel der Lieferanten, Zusammenschluss zu Einkaufsgemeinschaften oder verschärfte Preisverhandlungen mit Lieferanten begrenzen, so waren die Personalkosten in einem entscheidenden Punkt vom einzelnen Krankenhaus nicht ohne weiteres beeinflussbar. Über die Entwicklung der Tariflöhne und -gehälter in öffentlichen Krankenhäusern wurde in Tarifverhandlungen auf Bundesebene entschieden. Und für den Ausgang dieser Verhandlungen war die wirtschaftliche Situation öffentlicher Kliniken – wenn überhaupt – nur am Rande von Bedeutung.

Da Personalkosten durchschnittlich ca. zwei Drittel der Gesamtkosten ausmachen, zwingt eine restriktive Budgetbegrenzung, die keine Rücksicht auf die von den Kliniken nicht beeinflussbaren Kostensteigerungen nimmt, Krankenhäuser dazu, in dieser Kostenart Einsparungen vorzunehmen. Dazu bieten sich zwei grundsätzliche Ansatzpunkte an: die Preiskomponente und die Mengenkomponekte. Ansatzpunkte für eine Entlastung bei der Preiskomponente waren (und sind):

- Kürzung übertariflicher Zahlungen, Erzwingung von betrieblichen Vereinbarungen zur Streichung von Gehaltsbestandteilen (z. B. des Urlaubsgeldes oder des 13. Monatsgehaltes),
- Erzwingung eines Notlagentarifvertrages mit zeitlich befristeten Gehaltskürzungen zur Überwindung einer aktuellen wirtschaftlichen Notlage des Unternehmens,<sup>4</sup>
- Ausstieg aus dem öffentlichen Tarifgefüge durch Austritt aus dem entsprechenden Arbeitgeberverband und Abschluss eines Haustarifvertrages, der im Gesamtvolumen zu einer Kostenentlastung des Krankenhauses führt.

Ansatzpunkte für eine Kostenentlastung durch Mengenreduzierung waren (und sind):

- zeitlich befristete Wiederbesetzungssperren für freiwerdende Stellen,
- Umwandlung unbefristeter Arbeitsverhältnisse in befristete Beschäftigungen,
- Umwandlung von Vollzeitbeschäftigungen in Teilzeitbeschäftigungen,
- schrittweiser Abbau von Stellen dadurch, dass freiwerdende Stellen dauerhaft nicht wieder besetzt werden,
- und als letzter Schritt auch betriebsbedingte Kündigungen.

Von allen genannten Optionen wurde ab Mitte der 1990er Jahre zunehmend Gebrauch gemacht, natürlich nicht in jedem Krankenhaus gleich. Nur ein Teil der aufgelisteten Maßnahmen ist an den Daten der Krankenhausstatistik ablesbar. Maßnahmen zur Kürzung von Löhnen und Gehältern oder die Umwandlung von unbefristeten in befristete Arbeitsverhältnisse lassen sich anhand der Grunddaten der Krankenhausstatistik nicht nachweisen oder in ihrem Umfang schätzen.

---

<sup>4</sup> In einer Umfrage des Deutschen Krankenhausinstituts gaben 2007 rund 11 % der befragten Krankenhausleitungen an, einen Notlagentarifvertrag abgeschlossen zu haben, weitere ca. 8 % planten den Abschluss eines Notlagentarifvertrages (DKI 2007b: 69).

Betriebsbedingte Kündigungen wurden im Krankenhausbereich – wenn überhaupt – vermutlich nur sehr selten ausgesprochen. Allerdings nutzen Krankenhausleitung seit Mitte der 1990er Jahre die Drohung mit betriebsbedingten Kündigungen häufig als Option, um andere Maßnahmen der Kostenreduzierung gegenüber Personalräten und Mitarbeitervertretungen durchzusetzen.

Wie bereits erwähnt, fiel in die Phase der verschärften Budgetdeckelung zugleich auch der Umstieg auf ein neues Entgeltsystem (Tuschen/Quaas 1998). Bereits mit dem Gesundheitsstrukturgesetz war die Entscheidung getroffen worden, dass das bisherige Pflegesatzsystem ab 1996 auf ein neues Entgeltsystem umgestellt werden sollte, das aus folgenden hauptsächlichen Komponenten zu bestehen hatte:

- einem für alle Abteilungen einheitlichen *Basispflegesatz* für die nicht abteilungsbezogenen Gemeinkosten,
- spezifischen *Abteilungspflegesätzen* für die Fachabteilungen,
- pauschalierten *Sonderentgelten* insbesondere für die Kosten von Operationen und
- *Fallpauschalen*, mit denen sämtliche Behandlungskosten als Pauschale vergütet werden.

Aufgabe auf Bundesebene war es vor allem, die bundeseinheitlich geltenden Sonderentgelte und Fallpauschalen zu kalkulieren und in einem verbindlichen Katalog festzulegen. Zunächst wurde mit einer relativ kleinen Zahl pauschalierter Entgelte begonnen, die – so die Planung – in jährlichen Schritten innerhalb weniger Jahre zu einem umfassenden reinen Fallpauschalensystem ausgebaut werden sollten. Dieses Vorhaben misslang jedoch. Ende der 1990er Jahre waren erst so viele Fallpauschalen und Sonderentgelte vereinbart, dass durchschnittlich nur ca. 25 % eines Krankenhausbudgets über Sonderentgelte und Fallpauschalen finanziert wurde (DKI 1999).

### **3.3 2000-2005: Das DRG-System wirft seine Schatten voraus**

Mitte des Jahres 1999 legte die Bundesregierung den Entwurf eines GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 vor, der auch weit reichende Änderungen für die Krankenhäuser beinhaltete. Die 1996 begonnene Umstellung auf ein neues Entgeltsystem wurde abgebrochen und stattdessen sollte nun ein umfassendes Fallpauschalensystem auf Grundlage eines international bereits erprobten DRG-Systems eingeführt werden (§ 17b KHG). Lediglich die Bereiche Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie wurden von der Einführung des Fallpauschalensystems ausgenommen. Sie rechnen ihre Leistungen weiterhin mit tagesbezogenen Pflegesätzen ab. Die Leistungen aller anderen Abteilungen sollten nur noch mit Fallpauschalen vergütet werden.

Der erste Entwurf sah vor, dass bereits ab dem 1.1.2002 mit den neuen DRG-Fallpauschalen abgerechnet werden sollte, wenngleich zunächst auf freiwilliger Basis. Ab dem 1.1.2003 sollte die Abrechnung mit den neuen DRG-Fallpauschalen für alle Kranken-

häuser verpflichtend sein. Die Entscheidung darüber, welches DRG-System übernommen wird, delegierte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) an die Spitzenverbände im Krankenhausbereich. Die Verbände einigten sich Mitte 2000 auf die australischen AR-DRGs (Australia Refined Diagnosis Related Groups) und mit dem Fallpauschalengesetz 2002 wurden die notwendigen Anpassungen des Krankenhausfinanzierungsrechts vorgenommen (Tuschen/Trefz 2004).

Da es sich um einen grundlegenden Wechsel des Vergütungssystems handelte, war eine Umstellung mit einem Schritt von einem Tag (31.12.) auf den nächsten (01.01.) nicht verantwortbar. Es bestand das Risiko, dass es zu unvorhersehbaren schwerwiegenden Verwerfungen in der Krankenhauslandschaft kommen würde. Darum wurde eine schrittweise Umstellung mit einer so genannten ‚Konvergenzphase‘ und einer schrittweisen jährlichen Angleichung der krankenhausspezifischen Vergütungen an landesweit einheitliche Preise geplant.

Zunächst war im Gesetzentwurf nur eine einjährige Übergangsphase vorgesehen.<sup>5</sup> Da dies offensichtlich zu kurz war, musste der Gesetzentwurf nachgebessert und die Übergangsphase verlängert werden. Zum einen brauchten die Krankenhäuser mehr Zeit, um ihre internen Strukturen umzustellen, vor allem aber waren noch erhebliche und sehr umfangreiche Vorarbeiten auf der Ebene der Spitzenverbände notwendig. So musste das australische Fallgruppensystem an das deutsche Versorgungssystem angepasst werden und mussten Preise (Fallpauschalen) auf Grundlage der Ist-Kosten deutscher Krankenhäuser erst noch ermittelt und kalkuliert werden.

Mittlerweile befinden sich die Krankenhäuser in einer Übergangsphase, die gegenüber dem ersten Entwurf mehrfach verlängert wurde und nach gegenwärtig geltender Rechtslage am 31.12.2008 enden wird. Deren Abschnitte sind im Einzelnen:

- *Optionale Anwendung der DRGs im Jahr 2003:* Im Jahr 2003 konnten Krankenhäuser ihre Leistungen auf freiwilliger Basis bereits auf Grundlage eines ersten Fallpauschalenkatalogs abrechnen. Grundlage für die Berechnung der Fallpauschalen waren die jeweiligen krankenhausspezifischen Ist-Kosten. Das Jahr 2003 sollte als Übungsjahr sowohl für Krankenhäuser als auch für Krankenkassen dienen, ohne dass daraus für das betreffende Krankenhaus Überschüsse oder Verluste entstehen konnten. Um Krankenhäuser zur freiwilligen Anwendung der DRGs zu motivieren, wurden die so genannten ‚Optionskrankenhäuser‘ von einer für den Krankenhausbereich verhängten ‚Nullrunde‘ ausgenommen. Während für die nicht mit DRGs abrechnenden Kliniken die Veränderungsrate nach § 71 SGB V auf Null gesetzt wurde, durften die Budgets der Optionskrankenhäuser um die festgestellte Veränderungsrate steigen.
- *Verpflichtende Anwendung ab 2004:* Ab dem 1.1.2004 wurde allen Krankenhäusern die Abrechnung mit Fallpauschalen gesetzlich vorgeschrieben. Allerdings beruhte die Berechnung der Höhe der Fallpauschalen auch dieses Jahr auf den jeweiligen Ist-Kosten des

---

<sup>5</sup> § 17b Abs. 3 KHG i. d. F. d. GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000.

Krankenhauses und es sollten aus der Abrechnung von Fallpauschalen keine Verluste oder Überschüsse entstehen.

- *Konvergenzphase 2005-2008*: Seit dem 1.1.2005 resultieren aus der Abrechnung von Fallpauschalen je nach Kostensituation des einzelnen Krankenhauses Überschüsse oder Kostenunterdeckungen.<sup>6</sup> Dies ist deshalb der Fall, weil die vom einzelnen Krankenhaus abzurechnenden DRG-Fallpauschalen nicht mehr allein auf Grundlage der jeweiligen Ist-Kosten eines Krankenhauses berechnet, sondern in zunehmendem Umfang den landesweit durchschnittlichen Kosten aller Krankenhäuser angeglichen werden. Abweichungen des einzelnen Krankenhauses vom Durchschnitt aller Krankenhäuser bewirken je nach Richtung der Abweichung Überschüsse oder Defizite. Die Anpassung der zunächst krankenhausspezifischen Fallpauschalen an die landesweiten Durchschnittskosten erfolgt in jährlichen Schritten. Erst mit dem letzten Schritt werden ab dem 1.1.2009 die Fallpauschalen innerhalb eines Bundeslandes für alle Krankenhäuser dieses Landes einheitlich gezahlt.<sup>7</sup>

Die mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 eingeleitete Umstellung auf ein umfassendes DRG-Fallpauschalensystem ist sicherlich die tief greifendste Reform der Krankenhausfinanzierung seit Verabschiedung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes 1972. Erklärtes politisches Ziel der Reform war es, dass die Umstellung zu ‚Gewinnern‘ und ‚Verlierern‘ unter den Krankenhäusern führt (Baum/Tuschen 2000). Die Einführung von zunächst landesweit einheitlichen und später auch bundeseinheitlichen diagnosebezogenen Fallpauschalen für alle Krankenhäuser bewirkt, dass Krankenhäuser mit überdurchschnittlichen Fallkosten niedrigere Vergütungen und Kliniken mit unterdurchschnittlichen Fallkosten höhere Vergütungen erhalten. Sofern Krankenhäuser mit überdurchschnittlichen Fallkosten ihre Kosten nicht auf das vorgegebene Niveau senken, entstehen Kostenunterdeckungen, die je nach Umfang früher oder später zur Schließung führen können. Krankenhäuser mit unterdurchschnittlichen Fallkosten erzielen Überschüsse, über deren Verwendung sie frei verfügen können.

In der Folge des Grundsatzbeschlusses zur Einführung von DRGs gab es eine Reihe mehr oder weniger seriöser Prognosen über die Zahl der Krankenhäuser, die die Umstellung wirtschaftlich nicht überleben würden.<sup>8</sup> Die Befürchtung, Verlierer-Krankenhaus zu werden, führte in zahlreichen Kliniken dazu, dass bereits im Vorfeld der Einführung der DRGs Maßnahmen der weiteren Kostenreduzierung eingeleitet wurden (vgl. u. a. Breßlein/Heimig/Möcks 2000; Köninger 2000; Roeder/Rochell/Scheld 2000; Schmidt/Pfaffenberger 2000; Thiex-

---

<sup>6</sup> Zur Funktionsweise des deutschen DRG-Systems sei hier auf entsprechende einführende Literatur verwiesen (Metzger 2004; Simon 2007: 288-305; Tuschen/Trefz 2004).

<sup>7</sup> Eine Angleichung auf Bundesebene ist bislang nicht vorgesehen, wird aber diskutiert und war ursprünglich auch geplant. Ob und – wenn – ab wann sie kommen wird, ist eine der zentralen Entscheidungen, die im Rahmen der nächsten Reform zu treffen ist, die ab dem 1.1.2009 in Kraft treten soll. Darüber wird gegenwärtig unter den Hauptakteuren der Krankenhauspolitik diskutiert (vgl. u.a. A-Länder 2007; Gerdemann 2007; Tuschen/Braun/Rau 2007).

<sup>8</sup> Derartige Prognosen waren in der Vergangenheit zumeist höchst zweifelhaft, da sie in der Regel auf einer unzureichenden empirischen Datenbasis beruhen. Sie erwiesen sich in der Regel als weit übertrieben und letztlich als Fehleinschätzungen. Häufig liegt die Annahmen nahe, dass es den Autoren derartiger Prognosen vor allem darum geht, mediale Aufmerksamkeit zu erregen und sich als Berater ‚ins Spiel zu bringen‘ (vgl. stellvertretend Augurzky et al. 2005; Ernst&Young 2005).

Kreye/Kalbitzer 2000). Im Rahmen mehrerer Benchmarking-Projekte konnten Krankenhausleitungen die Kostensituation ihres eigenen Hauses mit den Durchschnittswerten anderer vergleichen, um daraus Konsequenzen für die Anpassung der Kostenstrukturen abzuleiten (Breßlein/Heimig/Möcks 2000; DKI 2007a; Königer/Offermanns/Schilz 2005; Möws/Seidel 2001; Nauen/Offermanns/Schilz 2005).

Zentrale Kennzahl im neuen Vergütungssystem ist der so genannte ‚Basisfallwert‘. Dabei handelt es sich, vereinfacht ausgedrückt, um die Fallkosten eines durchschnittlich schweren Falles (die ökonomische Bewertung der Bewertungsrelation 1,0). In der Übergangsphase von 2005 bis Ende 2008 gibt es sowohl krankenhausspezifische Basisfallwerte als auch Landesbasisfallwerte. Die krankenhausspezifischen Basisfallwerte wurden zunächst auf Grundlage der jeweiligen krankenhausspezifischen Kosten ermittelt und seit dem 1.1.2005 schrittweise an die Landesbasisfallwerte angeglichen.

Die ersten Landesbasisfallwerte wurden für das Jahr 2003 vereinbart. Seitdem weiß jede Krankenhausleitung, wo das eigene Krankenhaus relativ zum Landesdurchschnitt steht, ob es zu den Gewinnern oder den Verlierern gehört. Allerdings waren die ersten Landesbasisfallwerte für eine genaue Positionierung und Prognose noch zu ungenau, da zunächst der australische DRG-Katalog und australische Bewertungsrelationen und somit indirekt auch australische Krankenhauskosten zur Grundlage genommen wurden. Seitdem es einen rein deutschen DRG-Katalog gibt und die Bewertungsrelationen auf Grundlage der Ist-Kosten deutscher Krankenhäuser ermittelt werden, hat sich die Aussagekraft des Vergleichs zwischen krankenhausspezifischen und landesweiten Basisfallwerten verbessert.

Sie ist allerdings immer noch mit Unsicherheiten behaftet. Die Unsicherheiten resultieren vor allem aus den jährlichen Veränderungen des DRG-Katalogs und der darin ausgewiesenen Bewertungsrelationen. Diese Veränderungen der bundesweit geltenden Rahmendaten führen dazu, dass sich die Ertragslage eines Krankenhauses auch bei vollkommen gleicher Struktur und Anzahl der Fälle allein durch eine Neufassung der Fallgruppendefinition oder die Neubewertung von DRGs im DRG-Katalog ändert. Dadurch wurden – und werden immer noch – Krankenhäuser, die sich auf Grundlage vorhergehender Kataloge als Gewinner wähnten zu Verlierern, und solche die sich als Verlierer sahen, wurden nur durch die jährliche Weiterentwicklung des DRG-Katalogs zu Gewinnern (Friedrich/Leclerque/Paschen 2007).

Für das zentrale Thema der vorliegenden Untersuchung sind diese Zusammenhänge insofern von Bedeutung, als von der Einführung des DRG-Systems ein erheblicher ökonomischer Druck auf sehr viele Krankenhäuser ausging und ausgeht. Auf Grund des Vergleichs zwischen eigenem Basisfallwert und Landesbasisfallwert kann ungefähr die Höhe der Gesamtabweichung ermittelt und im Falle eines Verlierer-Krankenhauses der Umfang der notwendigen Kostenreduzierungen ermittelt werden. In den Jahren 2003 und 2004 lag das Volumen der zu erwartenden Budgetabsenkung nicht selten bei bis zu 20 % des Ausgangsbudgets, eine Summe die – wollte das Krankenhaus wirtschaftlich überleben – zu massiven Kürzungen und Einschnitten vor allem bei den Personalkosten zwang, da ansonsten innerhalb weniger Jahre das wirtschaftliche Aus kommen würde.



Betroffen waren bislang weniger die kleinen Kliniken, sondern vielmehr die großen Krankenhäuser, und unter ihnen vor allem die Universitätskliniken (DKI 2004b, 2005). Wie durch Analysen deutlich und auch vom Bundesministerium für Gesundheit anerkannt wurde, lag es nicht an einer besonders ausgeprägten Unwirtschaftlichkeit dieser Krankenhäuser, sondern an zum Teil schwerwiegenden Mängeln des noch unausgereiften deutschen DRG-Systems (Roeder 2003, 2004). So wurde in den ersten Jahren die Versorgung schwerster Fälle nur vollkommen unzureichend im DRG-Katalog abgebildet, mit der Folge, dass Kliniken, die diese Fälle versorgten, zu niedrige Vergütungen erhielten (vgl. u. a. Billing et al. 2004). Zwar wurde mittlerweile insbesondere die Abbildung der universitären Hochleistungsmedizin verbessert, das System weist aber immer noch eine Reihe weiterer Mängel auf (Roeder 2005, 2006).

Bis Ende 2004 sahen die geltende Rechtslage und vorgelegte Gesetzesentwürfe noch vor, dass im Falle eines überdurchschnittlichen Basisfallwertes das betreffende Krankenhausbudget bis zum Ende der Konvergenzphase in vollem Umfang abgesenkt wird. Erst kurz vor der ‚Scharfschaltung‘ des Systems zum 1.1.2005 wurde auf Grund einer Intervention der Bundesratsmehrheit eine Obergrenze für Budgetabsenkungen in Höhe von maximal 3 % bis zum Ende der Konvergenzphase in das Gesetz aufgenommen (die so genannte ‚Kappungsgrenze‘). Im ersten Jahr der Konvergenzphase (2005) wurden die Budgetabsenkungen auf maximal 1 % des Ausgangsbudgets begrenzt, in den folgenden Jahren bis 2009 steigt diese Kappungsgrenze jährlich um jeweils 0,5 %-Punkte, bis sie zum 1.1.2009 3 % erreicht. Wie mit dem verbleibenden Differenzbetrag zwischen dem krankenhausspezifischen Basisfallwert und dem Landesbasisfallwert danach umgegangen werden soll, steht noch nicht fest und muss in einem Gesetz zur Weiterführung der Reform ab dem Jahr 2009 festgelegt werden.<sup>9</sup>

Für das zentrale Thema dieser Untersuchung ist dies insofern von Bedeutung, als das Krankenhausmanagement noch bis Ende 2004 davon ausgehen musste, dass die sich rechnerisch ergebenden Budgetabsenkungen in vollem Umfang auch tatsächlich erfolgen werden. Dies kann sicherlich wesentlich auch zur Erklärung der in der nachfolgenden Analyse der Krankenhausstatistikdaten erkennbaren weit überproportionalen Steigerungen des Personalabbaus in den Jahren 2003 und 2004 beitragen und nachvollziehbar machen, warum im Jahr 2005 dieser dramatische Anstieg wieder abflachte. Erst durch die Einfügung der ‚Kappungsgrenze‘ in das Regelwerk entspannte sich die Situation für zahlreiche Verlierer-Krankenhäuser und wurde der ökonomische Druck etwas gebremst. Allerdings sollte die Abflachung der Steigerungsraten des Personalabbaus nicht als Trendwende interpretiert werden. Dagegen sprechen unter anderem die auch in den folgenden Jahren in der Tagesspresse erschienenen zahlreichen Meldungen über wirtschaftliche Probleme von Krankenhäusern und die Fortsetzung des Personalabbaus.<sup>10</sup> Zur Verschärfung der wirtschaftlichen Probleme haben

---

<sup>9</sup> Über die Ausgestaltung dieses Gesetzes, den so genannten ‚ordnungspolitischen Rahmen ab 2009‘, wird gegenwärtig – von der Öffentlichkeit weitgehend unbemerkt – unter den Akteuren der Krankenhauspolitik diskutiert (vgl. u. a. DKG 2007e; Gerdemann 2007; vgl. u. a. GMK 2007; Tuschen/Braun/Rau 2007).

<sup>10</sup> Einen Überblick über die Berichterstattung bieten beispielsweise die seit einigen Jahren wöchentlich erscheinenden elektronischen Newsletter zweier Internetportale ([www.myDRG.de](http://www.myDRG.de) und [www.MedInfoWeb.de](http://www.MedInfoWeb.de)).

in jüngerer Zeit insbesondere die vom Marburger Bund erkämpfte deutliche Gehaltserhöhung für Krankenhausärzte und die mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz zum 1.4.2007 beschlossene pauschale Kürzung der Krankenhausbudgets um 0,5 % beigetragen.

Da das System in erster Linie auf eine Umverteilung der Mittel zielt, gab und gibt es natürlich nicht nur Verlierer, sondern auch Gewinner. Sie sind vor allem daran zu erkennen, dass ihr Basisfallwert unter dem jeweiligen Landesbasisfallwert liegt.<sup>11</sup> Diese Kliniken erhalten bereits jetzt höhere Vergütungen als in der Vergangenheit, ohne dass sich an ihren Leistungen etwas geändert hat bzw. haben muss. Damit funktioniert zwar eine Umverteilung der Finanzströme, dies hat aber – wie die Daten der Krankenhausstatistik zeigen – nicht zur Folge, dass auch das Personal im gleichen Umfang umverteilt wird, also von den Verlierer-Krankenhäusern zu den Gewinner-Krankenhäusern wechselt. Offenbar bauen vor allem die Verlierer-Krankenhäuser weiter überproportional Personal ab, ohne dass die Gewinner-Krankenhäuser entsprechend zusätzliches Personal einstellen.

Warum sollten sie auch? Sie kamen in der Vergangenheit mit dem vorhandenen Personalbestand zurecht, und sofern sie keine zusätzlichen Fallzahlen mit den Krankenkassen vereinbaren können und vergütet erhalten, besteht für sie – einzelwirtschaftlich betrachtet – kein Anlass ihren Überschuss durch eine Erhöhung der Personalkosten aufzuzehren. Für welche Zwecke die Überschüsse der Gewinner-Krankenhäuser verwendet werden, ist nicht bekannt, da verständlicherweise nicht veröffentlicht. Es darf aber wohl davon ausgegangen werden, dass aus Betriebsüberschüssen in erster Linie längst überfällige Investitionen finanziert werden. Investitionen sind nach der Systematik des Krankenhausfinanzierungsrechts eigentlich von den Ländern im Rahmen der öffentlichen Investitionsförderung nach KHG zu finanzieren. Die weit überwiegende Mehrzahl der Länder kommt ihren Verpflichtungen zur Investitionsförderung allerdings seit teilweise über 20 Jahren nicht mehr im erforderlichen Umfang nach (DKG 2006a; Steiner/Mörsch 2005).

Die Phase 2000 bis 2005 war außer durch die gesetzlich vorgegebene Umstellung auf DRGs auch noch durch weitere gesetzgeberische Eingriffe geprägt, die sich auf die Ertragslage der Krankenhäuser auswirkten. Von besonderer Bedeutung war sicherlich das zum 1.1.2003 in Kraft getretene Beitragssatzsicherungsgesetz (BSSichG). Es enthielt als Artikel 5 eine Änderung der Bundespflegesatzverordnung, durch die die Veränderungsrate der Krankenhausbudgets zur Entlastung der Krankenkassen für das Jahr 2003 auf Null gesetzt wurde (die so genannte ‚Nullrunde‘). Ausgenommen von der Nullrunde waren lediglich Krankenhäuser, die bereits im Jahr 2003 mit DRGs abrechneten. Dadurch wurde der wirtschaftliche Druck auf die Nicht-Optionskrankenhäuser noch einmal verschärft, offenbar – wie die nachfolgende Analyse zeigen wird – mit der Folge, dass betroffene Kliniken ihren Personal- und Stellenabbau forcierten.

---

<sup>11</sup> Der AOK-Bundesverband veröffentlicht eine Übersicht aller seit 2003 vereinbarten Basisfallwerte der Krankenhäuser auf seiner Internetseite (AOK-Bundesverband 2007).

Zur Verschlechterung der wirtschaftlichen Situation zahlreicher Kliniken trugen ebenfalls Zahlungsverzögerungen und Zahlungsverweigerungen von Krankenkassen bei.<sup>12</sup> Das Phänomen ist seit Jahren im Krankenhausbereich zu beobachten, allerdings auf Seiten der Krankenkassen unterschiedlich stark ausgeprägt. So gaben in einer Umfrage im Jahr 2002 72 % der Allgemeinkrankenhäuser an, dass Krankenkassen Vergütungen nicht fristgerecht zahlen und zwei Drittel der Krankenhäuser hatten bereits Erfahrungen mit teilweisen oder kompletten Zahlungsverweigerungen von Krankenkassen (DKI 2002b: 48). Die Vermutung liegt nahe, dass einzelne Krankenkassen die Zahlung von Krankenhausrechnungen verzögerten oder verweigerten, um ihre schwierige finanzielle Situation auf diese Weise zu entspannen. Unter den aufgelisteten Krankenkassen befanden sich vor allem Ortskrankenkassen und Betriebskrankenkassen (DKI 2002b: 50). Aufgrund des Umfangs der Außenstände und unnachgiebigen Haltung der Kostenträger sahen sich im Jahr 2002 55 % der Krankenhäuser sogar gezwungen, Klage einzureichen.

Eine erneute Umfrage im September 2004 ergab, dass sich die Situation für Krankenhäuser innerhalb von zwei Jahren sogar noch weiter verschlechtert hatte (DKI 2004a). Statt 72 % waren es nun 95 % der Allgemeinkrankenhäuser, die über Zahlungsverzögerungen oder Zahlungsverweigerungen klagten. Betroffen waren ca. 31 % der Fälle (Verdoppelung gegenüber 2002). Das finanzielle Volumen lag bei durchschnittlich 1,3 Mio. Euro je Krankenhaus, was hochgerechnet ein Gesamtvolumen von ca. 2,3 Mrd. Euro ergibt (+75 % gegenüber 2002).<sup>13</sup>

Für das Thema der vorliegenden Untersuchung sind Zahlungsverzögerungen und Zahlungsverweigerungen insofern von Bedeutung, als sie die Liquidität des betroffenen Krankenhauses verschlechtern und im Falle von Zahlungsverweigerungen auch zu bleibenden Kostenunterdeckungen führen können, die wiederum den Druck in Richtung Personalabbau verstärken.

---

<sup>12</sup> Entsprechend einer gemeinsamen Rahmenvereinbarung von DKG und GKV-Spitzenverbänden hat die Bezahlung einer Krankenhausrechnung innerhalb von 14 Tagen nach Eingang der Rechnung zu erfolgen. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist die Rechnung auch dann fristgerecht zu begleichen, wenn die Krankenkasse Beanstandungen hat. Falls die Beanstandungen zu Recht erfolgen, kann sie gegebenenfalls Rückforderungen an das Krankenhaus richten.

<sup>13</sup> Als Hauptgründe für die Zahlungsverzögerungen oder -verweigerungen wurden von den Krankenhäusern genannt: Prüfungen durch den MDK (80 %) und Probleme mit der Datenübermittlung (33 %) (DKI 2004a).

## 4 Entwicklung der Ausgaben für Krankenhäuser

Die bisherige Darstellung folgte im Wesentlichen dem Hauptstrom der Diskussion im Krankenhausmanagement und in der Krankenhauspolitik. Allgemein wurde und wird davon ausgegangen, dass sich der ökonomische Druck auf Krankenhäuser seit spätestens Mitte der 1990er Jahre verstärkt hat und es werden in der einschlägigen Literatur, insbesondere den Fachzeitschriften des Krankenhausmanagements, vor allem die aus der Budgetdeckelung resultierenden Probleme erörtert. Die DKG weist seit Jahren immer wieder auf eine sich weiter öffnende ‚Schere‘ zwischen den Kosten der Krankenhäuser und der für die Budgetdeckelung zentralen Veränderungsrate nach § 71 SGB V hin (vgl. u. a. DKG 2002). Aber auch wenn die Budgetdeckelung ab 1996 deutlich restriktiver wurde als in den relativ ‚guten Jahren‘ 1993-1995, so war sie dennoch nicht vollkommen ohne Ausnahmeregelungen und sah durchaus Sonderregelungen vor, mit denen Krankenhäusern für Teilbereiche ein Anspruch zumindest auf teilweise Deckung von Kosten eingeräumt, die aus Änderungen externer Rahmenbedingungen resultierten. Exemplarisch sei hier auf den Anspruch der Refinanzierung eines Drittels der über die Veränderungsrate hinausgehenden Tarifabschlüsse hingewiesen, der allerdings nur für lineare Tarifierhöhungen galt, nicht aber für strukturelle Veränderungen im Tarifgefüge. Weitere Ausnahmen von einer strikten Budgetierung waren die zusätzlichen Mittel zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen und die Refinanzierung der aus der Abschaffung des AiP resultierenden Mehrkosten.

Die Veränderungsrate nach § 71 SGB V darf folglich nicht mit der tatsächlichen Entwicklung der Gesamteinnahmen eines Krankenhauses gleichgesetzt werden. Maßgeblich für die Frage, wie sich die wirtschaftliche Situation eines Krankenhauses entwickelt, ist das Verhältnis von Gesamteinnahmen und Gesamtkosten. Hierzu liegen jedoch keine bundesweit erhobenen und veröffentlichten Daten vor.

Die amtlichen Statistiken bieten nur die Möglichkeit einer Annäherung über die Gesamtausgaben für Krankenhäuser. Zwar existiert eine gesonderte Reihe der Krankenhausstatistik zu den Kosten der Krankenhäuser,<sup>14</sup> diese Datenreihe ist für eine durchgängige Längsschnittanalyse durch mehrere Änderungen der Krankenhausstatistik-Verordnung und mehrfache Änderung der Kostenzuordnung aber bedauerlicherweise unbrauchbar gemacht worden (StBA 2007b: 5).

Im Folgenden soll aber dennoch im Rahmen der verbliebenen Möglichkeiten analysiert werden, ob und in wie weit die Entwicklung der Gesamtausgaben und damit der Gesamteinnahmen der Allgemeinkrankenhäuser der Veränderungsrate entsprachen oder von ihr abwichen. Da die Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamtes nur die Ausgaben für Krankenhäuser insgesamt, nicht aber die für Allgemeinkrankenhäuser gesondert ausweist, muss die Analyse auf Grundlage der Daten für die Krankenhäuser insgesamt erfolgen. Deren

---

<sup>14</sup> Fachserie 12 Reihe 6.3 des Statistischen Bundesamtes.

Ergebnisse können im wesentlichen auch für die Allgemeinkrankenhäuser Geltung beanspruchen, da auf sie 95 % der Gesamtausgaben für Krankenhäuser entfallen. Die folgenden Angaben über die Ausgaben für Krankenhäuser beziehen sich nur auf die laufenden Betriebskosten und beinhalten nicht die Aufwendungen der Länder für öffentliche Investitionsförderung nach KHG. Dies ist für das Thema der Untersuchung insofern auch sehr sinnvoll, als sich die Budgetdeckelung nur auf die laut Finanzierungsrecht ‚pflegsatzfähigen‘ laufenden Betriebskosten bezieht.

**Tabelle 2:** Ausgaben für Krankenhäuser (ohne öffentliche Investitionsförderung).

	Ausgaben für Krankenhäuser insgesamt (Deutschland)			Veränderungsrate nach § 71 SGB V		GKV-Ausgaben für Krankenhausbehandlung		
	in Mio. Euro	Veränd. gegenüber Vorjahr in %	Ausgaben in % des BIP	West	Ost	in Mio. Euro	Veränd. gegenüber Vorjahr in %	Anteil an den Krankenhaus- ausgaben insgesamt
1992	42.634	-	2,59	-	-	34.948	-	81,97
1993	45.468	6,65	2,68	4,00	16,50	37.188	6,41	81,79
1994	49.103	7,99	2,76	2,40	8,90	40.355	8,52	82,18
1995	51.073	4,01	2,76	0,70	0,40	41.928	3,90	82,09
1996	51.509	0,85	2,75	0,86	1,11	42.569	1,53	82,64
1997	53.213	3,31	2,78	1,30	2,30	43.663	2,57	82,05
1998	54.938	3,24	2,80	1,00	0,80	44.984	3,03	81,88
1999	55.660	1,31	2,77	1,66	0,27	45.227	0,54	81,26
2000	56.426	1,38	2,74	1,43	1,43	46.008	1,73	81,54
2001	57.167	1,31	2,71	1,63	1,63	46.431	0,92	81,22
2002	58.593	2,49	2,73	1,84	1,87	47.692	2,72	81,40
2003	59.193	1,02	2,74	0,81	2,09	48.207	1,08	81,44
2004	60.567	2,32	2,74	0,02	0,71	49.237	2,14	81,29
2005	62.107	2,54	2,77	0,38	0,38	50.689	2,95	81,62

Quelle: Statistisches Bundesamt; DKG; eigene Berechnungen.

Die Analyse der Daten bestätigt zunächst einmal die These, dass die erste Phase der Budgetdeckelung recht moderat war und den Krankenhäusern in den Jahren 1993 und 1994 einen Einnahmezuwachs von insgesamt ca. 6,6 % bzw. 8 % brachte (Tab. 2). Dazu trugen offensichtlich nicht nur die Ausnahmeregelungen der Deckelung bei, sondern vor allem die – verglichen mit den nachfolgenden Jahren – relativ hohen Vorausschätzungen für die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen. Auffällig ist beim Vergleich der Entwicklung der Krankenhausaussgaben insgesamt, der Veränderungsrate und der GKV-Ausgaben für Krankenhausbehandlung, dass diese Werte für kein Jahr übereinstimmen. Dies ist zunächst einmal darauf zurückzuführen, dass die Vorausschätzung bzw. die vom BMG bekannt gegebene Veränderungsrate auf den Finanzdaten der GKV für vorhergehende Zeiträume basieren. In den ersten Jahren der Deckelung hatte das BMG den gesetzlichen Auftrag, die zukünftige Entwicklung auf Grundlage der vorhergehenden Entwicklungen vorzuschätzen. Mittler-

weile wird die tatsächliche Veränderungsrate vorhergehender Zeiträume als Veränderungsrate für die Vergütungsvereinbarung des folgenden Kalenderjahres schlicht übernommen.

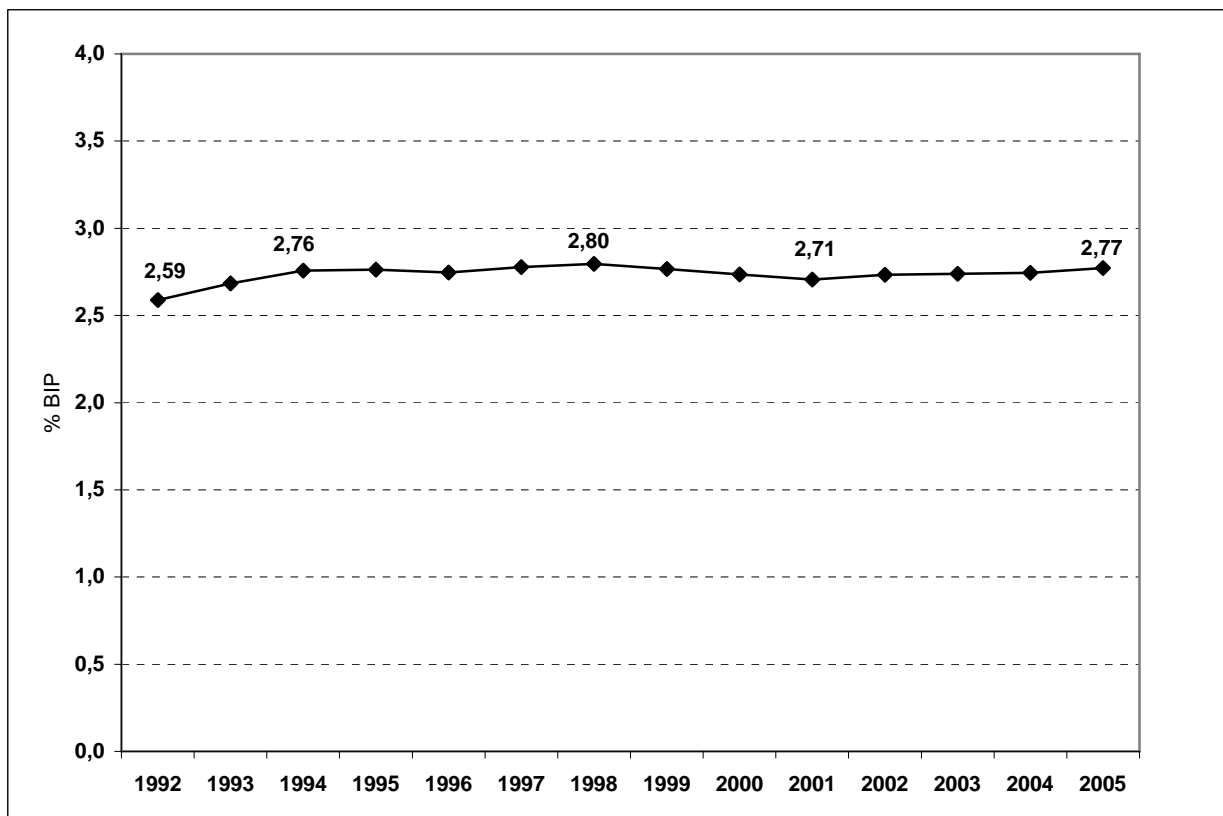
Dennoch wäre aber zu erwarten, dass die tatsächlichen Veränderungsraten der GKV-Ausgaben für Krankenhausbehandlung und auch die der Gesamtausgaben für Krankenhäuser auf dem Niveau der vom BMG vorgegebenen Veränderungsrate liegen. Dass dem nicht so ist, liegt aber nicht daran, dass Krankenhäuser und Krankenkassen Rechtsvorschriften missachtet haben. Es ist vor allem darauf zurückzuführen, dass a) die Krankenkassen nur einer von mehreren Finanzierungsträgern sind und b) das Krankenhausfinanzierungsrecht Vorschriften enthält, die zu diesen Abweichungen zwingen.

Zu a) Die Krankenkassen sind zwar mit Abstand bedeutendster Finanzierungsträger, aber sie tragen nicht alle laufenden Betriebskosten, sondern lediglich ca. 80 %. Weitere Finanzierungsträger sind unter anderem private Krankenversicherungen (ca. 10 %), Arbeitgeber (ca. 3 %) und private Haushalte (ca. 2,5 %). Die Vorschriften der Budgetdeckelung können sich nur auf die von der GKV zu zahlenden Vergütungen beziehen. Insbesondere die Versorgung von Privatpatienten und die dadurch zu erzielenden Erlöse aus Wahlleistungen unterliegen keiner Deckelung.

Zu b) Zu den Einzelvorschriften des Krankenhausfinanzierungsrechts gehören unter anderem auch so genannte ‚Ausgleiche und Berichtigungen‘ für Vorjahre. Damit wird beispielsweise die Vergütung von Minderleistungen geregelt, das sind Leistungen, die das Krankenhaus nicht erbracht hat, die aber mit den Krankenkassen vereinbart waren. Als Ausgleich für die Einnahmeausfälle sah das Finanzierungsrecht in der Vergangenheit in der Regel eine nachträgliche teilweise Vergütung der nicht erbrachten aber vereinbarten Leistungen über das Budget eines nachfolgenden Budgetzeitraumes vor.<sup>15</sup> Diese Zahlungen erfolgten in dem entsprechenden Jahr unabhängig von der vorgegebenen Veränderungsrate. Im Grunde müssten die entsprechenden Beträge aber einem (in der Regel zwei Jahre) zurückliegenden Budget bzw. Krankenkassenhaushalt zugeordnet werden.

---

<sup>15</sup> Dem lag ursprünglich die Überlegung zu Grunde, dass das Krankenhaus insbesondere Personal für die Erbringung der vertraglich vereinbarten Leistungen vorhalten musste und ihm zumindest diese Fixkosten vom Vertragspartner nachträglich vergütet werden sollten.



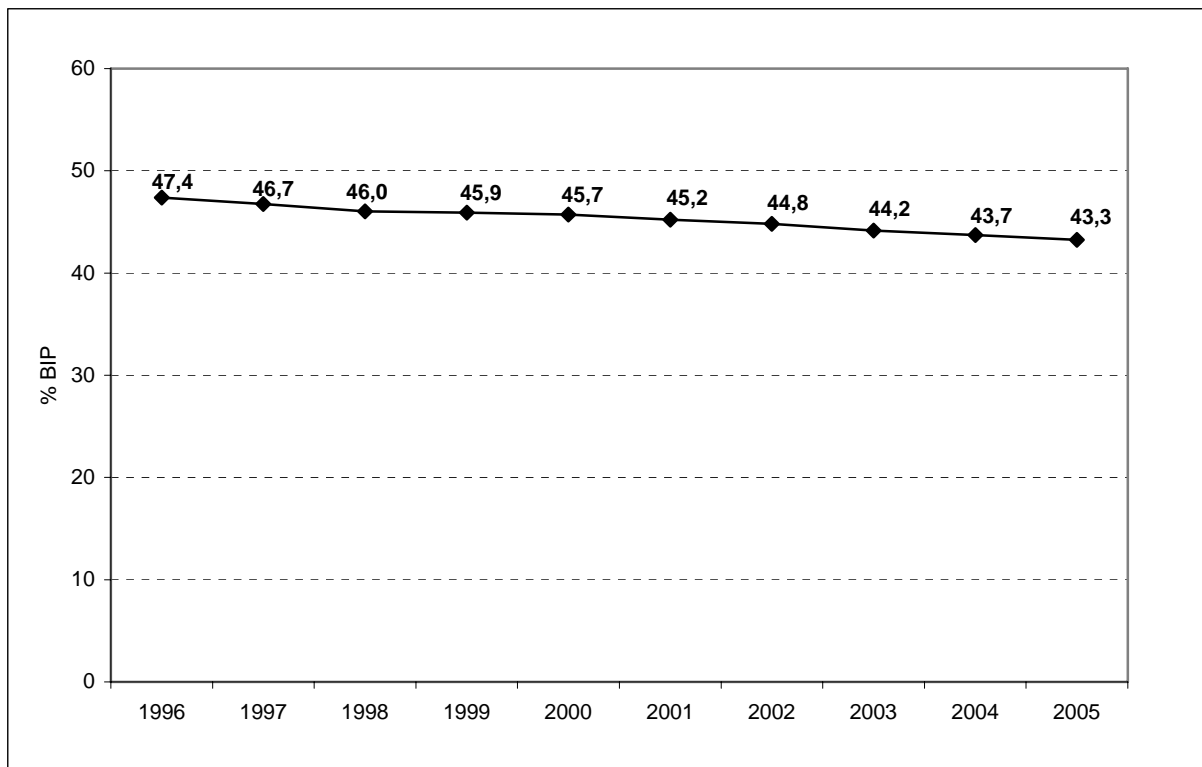
**Abbildung 1:** Ausgaben für Krankenhäuser in Prozent des Bruttoinlandsprodukts (Ausgaben ohne Investitionsförderung). *Quelle:* Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen.

Es bleibt aber dennoch als auffälligster Befund festzuhalten, dass die jährlichen Steigerungsraten der Gesamtausgaben für Krankenhäuser zum Teil deutlich über der vorgegebenen Veränderungsrate<sup>16</sup> lagen: Es wird folglich der Wirklichkeit der Krankenhausfinanzierung nicht gerecht, nur auf die insbesondere in den letzten Jahren sehr niedrigen Veränderungsraten nach § 71 SGB V zu verweisen. Vor allem für die Jahre 2004 und 2005 ist eine jährliche Steigerung der Krankenhausausgaben festzustellen, die um das Mehrfache über den äußerst niedrigen Veränderungsraten lagen.

In gewissem Kontrast zur Diskussion in der Krankenhausmanagementliteratur und den Klagen über die Auswirkungen von mittlerweile 15 Jahren Budgetdeckelung steht demzufolge auch die Entwicklung der Krankenhausausgaben gemessen in Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP) (Abb. 1; Tab. 2). Die Entwicklung dieser zentralen Kennzahl zeigt zwischen 1992 und 1998 einen leichten Anstieg von 2,59 % auf 2,80 % und bewegt sich seitdem zwischen 2,73 % und 2,77 %. Folgt man den Diskussionen im Krankenhausbereich, so wäre eigentlich ein kontinuierliches Absinken dieser Rate zu erwarten gewesen.

<sup>16</sup> Hier und im Weiteren wird ausschließlich auf die Veränderungsrate für Westdeutschland Bezug genommen. Da die Ausgaben nur insgesamt für Deutschland ausgewiesen werden und die Veränderungsdaten nur jeweils für West und Ost, kann eine einheitliche geographische Bezugsgröße nicht verwendet werden. Die Bezugnahme auf die Veränderungsrate West erscheint unter diesen Bedingungen insofern vertretbar, als damit 87 % der Allgemeinkrankenhäuser in Deutschland eingeschlossen sind. Auf die ostdeutschen Bundesländer (o. Berlin) entfielen 2005 lediglich 12,8 % der Allgemeinkrankenhäuser.

Allerdings ist zu bedenken, dass es sich bei den hier aufgeführten Kennzahlen um Werte für die Gesamtausgaben aller Krankenhäuser handelt. Unterhalb dieses Gesamtwertes gab und gibt es teilweise erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Krankenhäusern. Während ein Teil der Kliniken aus verschiedensten Gründen sogar noch höhere Budgetsteigerungen erzielte, hat ein anderer Teil mit Erlöseinbußen und zum Teil erheblichen wirtschaftlichen Problemen zu kämpfen.



**Abbildung 2:** Beitragspflichtige Einnahmen der GKV-Mitglieder insgesamt. Angabe in Prozent des Bruttoinlandsprodukts. *Quelle:* Statistisches Bundesamt; VdAK; eigene Berechnungen.

Auch wenn sich die Ausgaben für Krankenhäuser insgesamt offensichtlich im Rahmen der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung bewegt haben, so bleibt die sehr niedrige Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder dennoch ein zentrales Problem für den Krankenhausbereich. Sie dient als Orientierungsgröße und von ihr geht ein nicht zu unterschätzender, zumindest psychologischer Druck auf die Krankenhäuser aus, der zwar durch Ausnahmeregelungen von der Deckelung und zusätzliche Mittel für einzelne Leistungen oder Strukturverbesserung gemildert aber nicht aufgehoben wird.

Über die Anbindung der Krankenhausbudgets an die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassenmitglieder schlägt ein zentrales Problem der gesetzlichen Krankenversicherung unmittelbar auf die Krankenhäuser durch. Die GKV hat seit über zwei Jahrzehnten ein Einnahmeproblem, weil ihre Einnahmegrundlage, die beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder, nicht mit dem gesamtwirtschaftlichen Wachstum Schritt hält.



Erkennbar wird dies daran, dass die jährlichen Veränderungsraten der Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einnahmen, früher ‚Grundlohnsumme‘ genannt, seit Anfang der 1980er Jahre zumeist unter der des Bruttoinlandsprodukts (BIP) liegen. Seit Mitte der 1990er Jahre wird dieses Problem zunehmend sowohl von der Wissenschaft als auch der Gesundheitspolitik wahrgenommen und diskutiert (vgl. u.a. Kühn 1995; Pfaff/Rindsfüßer/Busch 1996; SVRKAiG 2003; Walzik 2003).

Obwohl seit mindestens einem Jahrzehnt bekannt ist, dass dies das eigentliche Grundproblem der GKV ist, und nicht die Ausgabenentwicklung, hat die Gesundheitspolitik dieses Kernproblem bislang an den Rand geschoben und richtet ihre Interventionen in erster Linie auf eine Begrenzung der Vergütungen der Leistungserbringer und die Ausweitung von Zuzahlungen der Versicherten aus. Nur vereinzelt wurden auch Maßnahmen zur Verbesserung der Einnahmesituation der Krankenkassen beschlossen, wie beispielsweise eine deutliche Anhebung der Versicherungspflichtgrenze im Rahmen des Beitragssatzsicherungsgesetzes 2003. Für eine nachhaltige Verbesserung der Einnahmebasis und Umkehr des Trends reichen diese Interventionen aber bislang nicht aus, wie die entsprechenden Daten belegen (Abb. 2).

## 5 Entwicklung der Zahl der Krankenhäuser, Betten und Fälle

Bevor die Entwicklung der Personalbesetzung anhand der Krankenhausstatistik analysiert wird, soll zunächst auf die Entwicklung der Zahl der Allgemeinkrankenhäuser, Betten und Fallzahlen eingegangen werden. Dies ist für das Kernthema der Untersuchung insofern sinnvoll, als die Entwicklung der Zahl der Beschäftigten und Stellen auch von der Zahl der Krankenhäuser, Betten und Krankenhausfälle abhängig ist. Wenn es einen Personalabbau gegeben hat, so könnte dieser auch auf ein in den letzten ca. 15 Jahren vielfach prognostiziertes ‚Krankenhaussterben‘, einen Bettenabbau oder einen deutlichen Fallzahlrückgang zurückzuführen sein. Es ist also zunächst zu klären, wie sich diese Kennzahlen im Betrachtungszeitraum entwickelt haben.

Der Längsschnittvergleich beginnt im Jahr 1991 und nicht erst 1993 vor allem um die Wirkungen der Pflege-Personalregelung (PPR) messbar zu machen. Laut Darstellung der Bundesregierung setzte die Wirkung der 1993 in Kraft getretenen Pflege-Personalregelung (PPR) bereits 1992 ein, da im Vorgriff auf die zu erwartende PPR bereits zusätzliche Stellen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen vereinbart wurden. Das Jahr 1991 ist somit letztes Jahr vor Anwendung der PPR und ein geeigneter Ausgangspunkt für eine Längsschnittbetrachtung

### 5.1 Krankenhäuser und Betten

Im Betrachtungszeitraum 1991-2005 ist in der Statistik sowohl ein deutlicher Rückgang der Zahl der Krankenhäuser als auch der Betten zu erkennen. Die Zahl der in der Krankenhausstatistik erfassten allgemeinen Krankenhäuser nahm um 11,3 % ab und die der Betten in Allgemeinkrankenhäusern um 18,9 % (Tab. 3). Damit setzte sich eine Entwicklung fort, die in der alten BRD bereits seit 1975 zu beobachten ist. In der früheren Bundesrepublik sank die Zahl der Krankenhäuser zwischen 1975 und 1990 um ca. 13 % und die der Betten in Krankenhäusern um ca. 10 %. Ein direkter Vergleich der Werte ist allerdings nicht möglich, weil die Systematik der Krankenhausstatistik 1990 grundlegend verändert wurde. Die frühere Unterteilung in Akutkrankenhäuser und Sonderkrankenhäuser (einschl. Rehabilitationseinrichtungen) wurde durch eine Unterteilung in allgemeine und sonstige Krankenhäuser ersetzt. Dennoch bleibt aber festzuhalten, dass die Zahl der Krankenhäuser unter der Budgetdeckelung keinesfalls so dramatisch abgenommen hat, wie dies vielfach orakelt wurde.

Sowohl bei der Entwicklung der Krankenhaus- als auch der Bettenzahlen sind erhebliche Unterschiede zwischen den Trägergruppen zu erkennen (Tab. 3). Die Zahl der öffentlichen Allgemeinkrankenhäuser hat zwischen 1991 und 2005 mit -35 % weit überproportional abgenommen und die der privaten mit +47,6 % erheblich zugenommen. Ähnlich verhält es sich bei der Entwicklung der Bettenzahlen. Auch hier ist bei den öffentlichen Kliniken ein weit über-

proportionaler Rückgang (-32 %) und bei den privaten Allgemeinkrankenhäusern ein weit überproportionaler Zuwachs (+147 %) zu verzeichnen. Beides steht in direktem Zusammenhang. Denn der Zuwachs der privaten Krankenhäuser ist nur zu einem geringen Teil auf Neubauten zurückzuführen und zum überwiegenden Teil auf die Übernahme öffentlicher Krankenhäuser (Bähr/Fuchs/Geis 2006; Krämer/Mues 2002).

Zieht man von der Zahl der nicht mehr in der Krankenhausstatistik aufgeführten öffentlichen Kliniken (349) die Zahl der neuen privaten Krankenhäuser (157) ab, so bleibt für die Zeit 1991-2005 eine Differenz von ca. 190 öffentlichen Allgemeinkrankenhäusern, die nicht von privaten Trägern übernommen sein können. Hierbei dürfte es sich aber nur in wenigen Fällen um tatsächliche Krankenhausschließungen gehandelt haben, sondern weit überwiegend um einen Rückgang auf Grund von Krankenhauszusammenschlüssen. Dabei fusionieren entweder zwei oder mehr gleichberechtigte Kliniken oder eine Klinik wird von einer anderen übernommen. Krankenhausfusionen sind keine neue Erscheinung, insbesondere unter öffentlichen Kliniken. Sie haben aber offenbar in den letzten Jahren deutlich zugenommen.<sup>17</sup> Im Falle einer Fusion werden die zuvor eigenständigen Krankenhäuser zu unterschiedlichen Standorten des neuen Gesamt-Klinikums und erscheinen gegebenenfalls auch nur noch als ein Gesamtklinikum in der Krankenhausstatistik.

**Tabelle 3:** Allgemeine Krankenhäuser, Betten und Fallzahlen.

	1991	1995	2000	2005	1991-1995		1995-2000		2000-2005		1991-2005	
					Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %
<b>Allgemeine Krankenhäuser</b>	<b>2.411</b>	<b>2.325</b>	<b>2.242</b>	<b>2.139</b>	<b>-86</b>	<b>-3,6</b>	<b>-83</b>	<b>-3,6</b>	<b>-103</b>	<b>-4,6</b>	<b>-272</b>	<b>-11,3</b>
<i>davon</i>												
öffentliche	996	863	744	647	-133	-13,4	-119	-13,8	-97	-13,0	-349	-35,0
freigemeinnützige	838	845	813	712	7	0,8	-32	-3,8	-101	-12,4	-126	-15,0
private	330	373	446	487	43	13,0	73	19,6	41	9,2	157	47,6
<b>Betten</b>	<b>598.073</b>	<b>564.624</b>	<b>523.114</b>	<b>484.955</b>	<b>-33.449</b>	<b>-5,6</b>	<b>-41.510</b>	<b>-7,4</b>	<b>-38.159</b>	<b>-7,3</b>	<b>-113.118</b>	<b>-18,9</b>
<i>davon in Krankenhäusern nach Trägerschaft</i>												
öffentliche	367.198	319.999	283.537	249.760	-47.199	-12,9	-36.462	-11,4	-33.777	-11,9	-117.438	-32,0
freigemeinnützige	206.873	212.459	200.611	175.906	5.586	2,7	-11.848	-5,6	-24.705	-12,3	-30.967	-15,0
private	24.002	32.166	38.966	59.289	8.164	34,0	6.800	21,1	20.323	52,2	35.287	147,0
<b>Fälle</b>	<b>13.664.939</b>	<b>14.706.692</b>	<b>16.096.353</b>	<b>16.379.078</b>	<b>1.041.753</b>	<b>7,6</b>	<b>1.389.661</b>	<b>9,4</b>	<b>282.725</b>	<b>1,8</b>	<b>2.714.139</b>	<b>19,9</b>
<i>davon in Krankenhäusern nach Trägerschaft</i>												
öffentliche	8.371.380	8.510.844	8.899.561	8.703.437	139.464	1,7	388.717	4,6	-196.125	-2,2	332.057	4,0
freigemeinnützige	4.780.526	5.425.260	6.077.962	5.771.966	644.734	13,5	652.702	12,0	-305.997	-5,0	991.440	20,7
private	513.033	770.588	1.118.830	1.903.676	257.555	50,2	348.242	45,2	784.846	70,1	1.390.643	271,1

Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen.

<sup>17</sup> In einer Umfrage des Deutschen Krankenhausinstituts gaben 2007 ca. 9 % der befragten Krankenhausleitungen an, seit 2004 eine Fusion mit einem oder mehreren Krankenhäusern vollzogen zu haben (DKI 2007b: 31). Bei den Kliniken mit mehr als 600 Betten waren es sogar 16,1 %.

Zur Zahl der Fusionen bietet die Krankenhausstatistik leider keine Daten. Die zahlreichen in den vergangenen Jahren erschienenen Meldungen in der Tagespresse und Beiträge in der Fachliteratur zu diesem Thema lassen diese Interpretation der Krankenhausstatistik allerdings als sehr plausibel erscheinen. Da derartige Zusammenschlüsse der Genehmigung des Bundeskartellamtes bedürfen, können dessen Zahlen zudem als Indikator für diese Entwicklung dienen. Allein zwischen 1999 und Mitte 2006 wurden dem Kartellamt ca. 50 Anträge auf Zusammenschlüsse und Übernahmen vorgelegt (Böge 2007).

Für die Entwicklung des Stellenabbaus war und ist das Thema Privatisierung öffentlicher Kliniken von besonderer Bedeutung. Vor dem Hintergrund der seit 1993 andauernden Diskussionen über stetig neue Verschlechterungen der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für Krankenhäuser stieg insbesondere bei kommunalen Krankenhausträgern die Bereitschaft zum Verkauf eines defizitären oder zukünftig vermutlich defizitären Krankenhauses. Bereits die innerbetriebliche oder auch öffentliche Diskussion über eine mögliche Privatisierung schuf nicht selten unter Beschäftigten und Personalräten die Akzeptanz für Kostensenkungsprogramme, zu deren zentralen Bestandteilen in der Regel auch ein Stellenabbau zählte und zählt.

## **5.2 Fallzahlentwicklung**

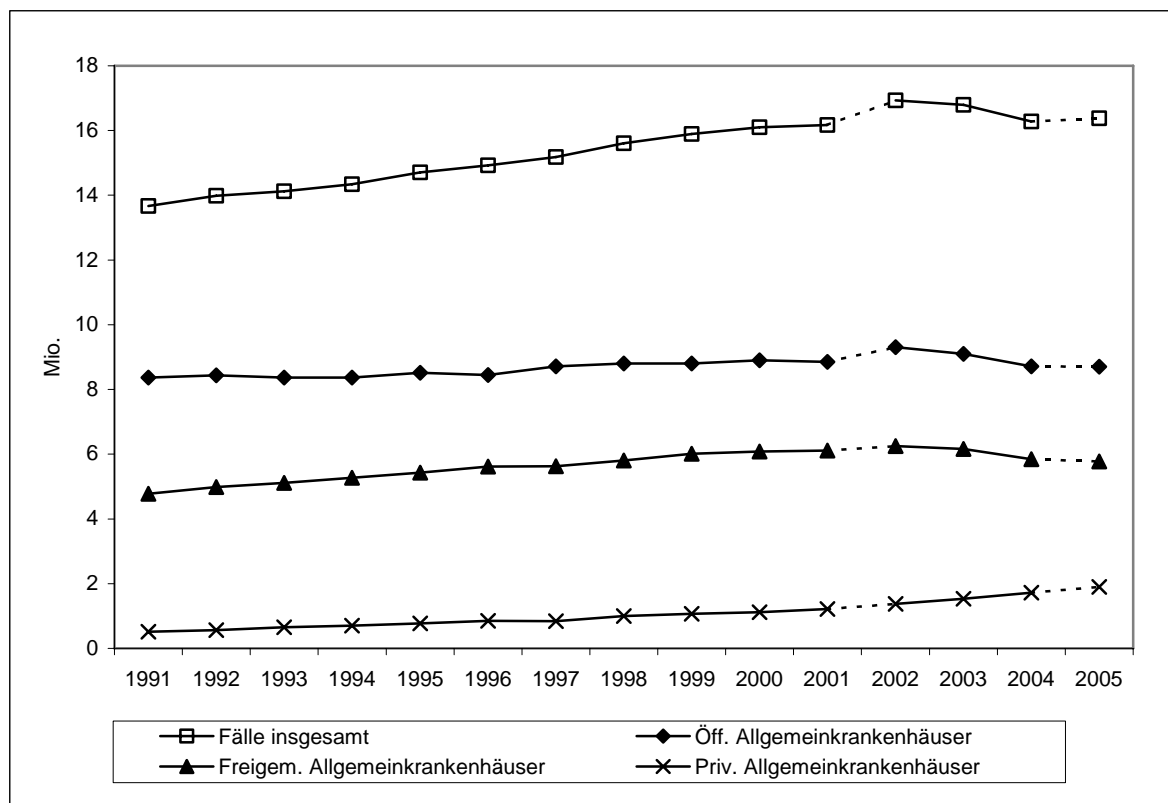
Die Zahl der Behandlungsfälle in Allgemeinkrankenhäusern stieg laut Krankenhausstatistik im Zeitraum 19991-2005 insgesamt um 19,9 % von ca. 13,7 Mio. auf knapp 16,4 Mio. Damit setzte sich auch bei dieser Kennzahl ein bereits seit langem beobachtbarer Trend fort. Bemerkenswert ist jedoch, dass zwischen 2000 und 2005 erstmals seit Beginn der Krankenhausstatistik eine Abflachung und sogar ein Rückgang zu verzeichnen ist (Tab. 3; Abb. 2). Ein Vergleich der einzelnen Jahre dieses Zeitraums ist allerdings nur eingeschränkt möglich, da – wie eingangs erläutert – die Abgrenzung zwischen Allgemeinkrankenhäusern und sonstigen Krankenhäusern in den Jahren 2002-2004 nicht mit der der Jahre bis 2001 und ab 2005 übereinstimmt.

Zudem enthält die Fallzahl ab 2002 auch die Zahl der Stundenfälle, die bis 2001 gesondert ausgewiesen wurden und nicht der einrichtungsbezogenen Fallzahl zugerechnet wurden. Bei der daraus resultierenden sprunghaften Erhöhung der Fallzahl von 2001 auf 2002 handelt es sich somit um ein statistisches Artefakt. Rechnet man für einen Längsschnittvergleich die Stundenfälle auch vor 2002 mit in die Fallzahl ein, so ergibt sich für die Allgemeinkrankenhäuser bis 2002 eine Fallzahlerhöhung und danach ein leichter Rückgang. Darauf wird an späterer Stelle ausführlicher eingegangen (vgl. Tab. 19).

Der Rückgang der vollstationären Fälle nach 2002 ist offenbar vor allem darauf zurückzuführen, dass in den letzten Jahren von Krankenhäusern zunehmend mehr Operationen nicht mehr stationär, sondern ambulant durchgeführt werden. Die Krankenhausstatistik weist seit dem Erhebungsjahr 2002 erstmals auch die Zahl der ambulanten Operationen nach § 115b SGB V aus, und deren Zahl ist zwischen 2002 und 2005 um 137 % von ca. 575.300 auf 1,36 Mio. gestiegen. Zudem hat auch die Zahl der teilstationären Behandlungen deutlich zugenommen. Sie lag im Jahr 2002 bei ca. 376.500 und

nommen. Sie lag im Jahr 2002 bei ca. 376.500 und stieg bis 2005 um 28,5 % auf ca. 527.000. Zu dieser Entwicklung hat offenbar ein neuer Vertrag zum ambulanten Operieren wesentlich beigetragen, der am 1.1.2004 in Kraft trat. Er brachte eine Art ‚Beweislast-Umkehr‘ für Krankenhäuser. Wenn eine im Katalog für ambulante Operationen vollstationär durchgeführt wird, muss dies seitdem der behandelnde Krankenhausarzt begründen und das Krankenhaus läuft bei unzureichender Begründung Gefahr, dass ihm nur die Vergütung für eine ambulante Operation gezahlt wird (Rochell/Bunzemeier/Roeder 2004a, 2004b).

Diese Entwicklung ist in zweierfacher Hinsicht von Bedeutung für das zentrale Thema dieser Untersuchung. Zum einen werden ambulante Operationen der Krankenhäuser nicht über das mit den Krankenkassen vereinbarte Budget vergütet, sondern über gesonderte Vergütungen, die einheitlich für Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte sind (§ 115b SGB V). Mit der Ausweitung der ambulanten Operationen haben Kliniken somit die Möglichkeit, außerhalb der Deckelung zusätzliche Erlöse zu erzielen (Kolb 2004). Diese Entwicklung kann sicherlich auch zur Erklärung der Differenz zwischen tatsächlicher Entwicklung der Ausgaben für Krankenhäuser und vorgegebener Veränderungsrate beitragen. Die Ausgaben beziehen alle Vergütungen für Krankenhausleistungen ein, nicht nur die vollstationären, und die Veränderungsrate gilt nur für die gemäß Finanzierungsrecht dem Budget zugerechneten Vergütungen.



**Abbildung 3:** Fallzahlentwicklung in Allgemeinkrankenhäusern nach Trägerschaft. Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen.

*Anmerkung:* Auf Grund einer geänderten Abgrenzung zwischen Allgemeinkrankenhäusern und sonstigen Krankenhäusern sind die Werte der Jahre 2002-2004 nicht uneingeschränkt mit denen der übrigen Jahre vergleichbar.

Als Fazit kann festgehalten werden, dass das Leistungsvolumen der Allgemeinkrankenhäuser seit 1991 zugenommen hat. Bis 2002 stieg die Zahl der vollstationären Fälle (auch einschließlich der Stundenfälle) kontinuierlich an und in den letzten Jahren ist eine erhebliche Zunahme der nicht-vollstationären Leistungen zu verzeichnen. Für das zentrale Thema dieser Untersuchung ist dies insofern von besonderer Bedeutung, als sich aus der Leistungssteigerung auch die Notwendigkeit einer Anpassung der Personalkapazitäten ableiten lässt. In einem so personalintensiven Dienstleistungsunternehmen wie dem Krankenhaus können höhere Leistungszahlen nur begrenzt durch Rationalisierungen kompensiert werden, will man nicht eine Qualitätsminderung der personalintensiven Dienstleistungen riskieren.

## 6 Entwicklung der Personalbesetzung insgesamt

Im folgenden soll nun die Entwicklung der personellen Besetzung der Krankenhäuser seit 1991 entlang der Daten der Krankenhausstatistik rekonstruiert werden. Zwar steht im Mittelpunkt dieser Untersuchung der Personalabbau im Pflegedienst, dieser kann aber nur dann richtig eingeschätzt und bewertet werden, wenn er im Kontext der Gesamtentwicklung, nicht nur der Krankenhausfinanzierung und Makrodaten der Krankenhausstrukturen, sondern auch der Entwicklung der Personalbesetzung insgesamt analysiert wird.

### 6.1 1991-1995: Personalzuwachs und moderate Deckelung

Der Zeitraum 1991-1995 ist zu unterteilen in die Jahre 1991 und 1992 als Phase vor Inkrafttreten der Deckelung und die erste Phase der Deckelung von 1993 bis Ende 1995. In diesem Zeitraum sind anhand der Krankenhausstatistik die folgenden Entwicklungslinien zu erkennen:

- Personalzuwachs vor Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes
- Reduzierung der Gesamtzahl der Vollkräfte im ersten Jahr der Deckelung und Ausbau in den beiden folgenden Jahren
- durchgängiger Personalabbau über den gesamten Zeitraum im Reinigungs-, Wirtschafts- und Versorgungsdienst
- vorübergehende Reduzierung des medizinisch-technischen Dienstes in den Jahren 1993 und 1994, deutliche Aufstockung im Jahr 1995
- Ausbau des Pflegedienstes in allen Jahren
- Ausbau des ärztlichen Dienstes mit Ausnahme des Jahres 1993
- Ausbau der Teilzeitbeschäftigten über den gesamten Zeitraum

Im letzten Jahr vor Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes wurde sowohl die Zahl der Vollkräfte als auch die der Beschäftigten insgesamt erhöht. Die Zahl der Vollkräfte stieg 1992 gegenüber 1991 um 11.460 oder 1,4 % und die der Beschäftigten um 17.970 oder 1,9 % (Tab. 4). Diese Erhöhung geht auf Budgetvereinbarungen zurück, die Ende 1991 oder Anfang 1992 noch unter den alten Rahmenbedingungen getroffen wurden. Mit knapp 7.500 der ca. 11.500 neu geschaffenen Stellen entfiel der weit überwiegende Teil auf den Pflegedienst. Diese Entwicklung war in erster Linie eine Reaktion auf die damalige breite gesellschaftliche Diskussion über einen ‚Pflegenotstand‘ in Krankenhäusern. Wie bereits erwähnt, entsprach die Vereinbarung von Stellenplanverbesserungen den politischen Zielen der damaligen Bundesregierung, die sie als ‚Vorgriff‘ auf die von ihr angekündigte Pflege-Personalregelung begrüßte.

Mit Inkrafttreten der Budgetdeckelung setzte ein Abbau von Vollzeitstellen ein, der im wesentlichen das Personal in den Reinigungsdiensten, Küchen etc. sowie im medizinisch-

technischen Dienst traf. Während in Laboren, Röntgenabteilungen etc. ab 1995 wieder Personal aufgestockt wurde, setzte sich der Stellenabbau beim klinischen Hauspersonal sowie in den Wirtschafts- und Versorgungsdiensten bis heute fort. Bereits in den 1980er Jahren war in zahlreichen Krankenhäusern unter dem Sammelbegriff des ‚Outsourcing‘ mit der Auslagerung und Privatisierung insbesondere von Reinigungsdiensten, Wäschereien und Küchen begonnen worden. Die Budgetdeckelung gab dieser Entwicklung eine bis dahin nicht gekannte Dynamik (Helmig 1994; Jeschke/Hailer 1995; Pieske 1996). Mittlerweile erscheint es als Besonderheit, wenn ein Krankenhaus noch über eigene Reinigungskräfte, eine eigene Wäscherei oder eine eigene Krankenhausküche verfügt.

Im medizinisch-technischen Dienst wurde ebenfalls Personal abgebaut. Der Stellenabbau dort dürfte in dieser Zeit zum einen auf die einsetzende Auslagerung und Privatisierung von Laboren und teilweise auch Röntgenabteilungen zurückzuführen sein, zum anderen auf Rationalisierungen, beispielsweise die Zusammenlegung von Laboren verschiedener Krankenhäuser zu einem Labor, dass mit weniger Personal als zuvor diese Krankenhäuser versorgt.

Im ärztlichen Dienst ist 1993 ein vorübergehender leichter Rückgang der Zahl der Vollkräfte um 1.979 zu verzeichnen, in den Folgejahren dagegen ein kontinuierlicher Ausbau (Tab. 4 und 5). Der Einbruch im Jahr 1993 war jedoch nicht Folge eines Stellenabbaus, sondern Ergebnis einer Niederlassungswelle von Krankenhausärzten. Das Gesundheitsstrukturgesetz enthielt eine restriktivere Fassung der Zulassungsbedingungen für die Niederlassung als Kassenarzt. Um dem zuvorzukommen, beantragten zahlreiche Krankenhausärzte mit abgeschlossener Facharztausbildung kurzfristig die Zulassung und wechselten noch vor Inkrafttreten der Neuregelung in den ambulanten Bereich. Die daraus resultierende Lücke wurde offensichtlich durch die vermehrte Einstellung von Ärzten im Praktikum (AiP) geschlossen.<sup>18</sup>

Im Zeitraum 1991-1995 wird zudem eine Entwicklung erkennbar, die bis 2005 anhielt. Der Anteil der Vollzeitbeschäftigten geht zurück und die Zahl der Teilzeitbeschäftigten hat erheblich zugenommen (Tab. 8, 9 und 10). Während die Zahl der Beschäftigten insgesamt zwischen 1991 und 1995 um 4,7 % erhöht wurde, ging die Zahl der Vollzeitbeschäftigten um 0,1 % zurück und stieg die Zahl der Teilzeitbeschäftigten um 20,2 %. Die Entwicklung dürfte in der ersten Hälfte der 1990er Jahre vor allem auf entsprechende Arbeitszeitwünsche von Beschäftigten zurückzuführen sein. Insbesondere die auf Grund der PPR erforderliche kurzfristige Gewinnung von Pflegepersonal war sicherlich nur dadurch möglich, dass Krankenschwestern nach einer Familienphase für die Rückkehr in ihren Beruf gewonnen werden konnten. Sie waren vermutlich, beispielsweise aus Gründen der Kinderbetreuung, vielfach nur an einer Teilzeitbeschäftigung interessiert.

---

<sup>18</sup> Das AiP (Arzt im Praktikum) war bis zum 30.09.2004 eine verpflichtende achtzehnmonatige Phase der ersten Berufstätigkeit nach dem Studium. Erst nach dem AiP erfolgte die Approbation zum Arzt. Die Vergütung der AiPler entsprach ungefähr einem Drittel des regulären Assistenzarztgehaltes (Spengler 2006).



**Tabelle 4: Beschäftigte und Vollkräfte in allgemeinen Krankenhäusern**

	Beschäftigte					Vollkräfte		
	insgesamt	davon				insgesamt	davon	
		Ärztlicher Dienst mit AiP	Ärztlicher Dienst ohne AiP	Ärzte im Praktikum (AiP)	Nicht-ärztliches Personal		Ärztlicher Dienst	Nicht-ärztliches Personal
1991	940.655	104.705	94.052	10.653	846.603	815.551	91.279	724.272
1992	958.625	106.902	94.287	12.615	864.338	827.011	93.921	733.090
1993	963.845	107.198	94.562	12.636	869.283	821.767	91.951	729.816
1994	969.486	109.319	96.448	12.871	873.038	822.930	93.035	729.895
1995	984.754	111.409	98.531	12.878	886.223	832.377	97.379	734.998
1996	977.040	113.078	100.205	12.873	876.835	827.228	100.039	727.189
1997	965.685	113.721	101.833	11.888	863.852	812.890	101.381	711.509
1998	961.817	115.066	103.868	11.198	857.949	803.356	102.912	700.444
1999	956.319	115.782	105.304	10.478	851.015	797.196	103.764	693.432
2000	950.766	117.000	106.758	10.242	844.008	787.694	104.340	683.354
2001	954.652	118.653	108.677	9.976	845.975	785.485	105.747	679.738
2002	954.058	120.230	110.244	9.986	843.814	777.721	107.488	670.233
2003	941.064	122.797	112.664	10.133	828.400	769.432	108.840	660.592
2004	930.041	123.430	123.430	-	806.611	752.432	112.242	640.190
2005	928.180	124.966	124.966	-	803.214	747.150	116.336	630.814
1991-1995	44.099	6.704	4.479	2.225	39.620	16.826	6.100	10.726
in %	4,7	6,4	4,8	20,9	4,7	2,1	6,7	1,5
1995-2000	-33.988	5.591	8.227	-2.636	-42.215	-44.683	6.961	-51.644
in %	-3,5	5,0	8,3	-20,5	-4,8	-5,4	7,1	-7,0
2000-2005	-22.586	7.966	18.208		-40.794	-40.544	11.996	-52.540
in %	-2,4	6,8	17,1		-4,8	-5,1	11,5	-7,7
1995-2005	-56.574	13.557	26.435		-83.009	-85.227	18.957	-104.184
in %	-5,7	12,2	26,8		-9,4	-10,2	19,5	-14,2
1991-2005	-12.475	20.261	30.914		-43.389	-68.401	25.057	-93.458
in %	-1,3	19,4	32,9		-5,1	-8,4	27,5	-12,9

Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen.

**Tabelle 5: Beschäftigte und Vollkräfte in allgemeinen Krankenhäusern. Veränderung gegenüber dem Vorjahr**

	Beschäftigte					Vollkräfte		
	insgesamt	davon				insgesamt	davon	
		Ärztlicher Dienst mit AiP	Ärztlicher Dienst (o. AiP)	Ärzte im Praktikum (AiP)	Nicht-ärztliches Personal		Ärztlicher Dienst	Nicht-ärztliches Personal
1992	17.970	2.197	235	1.962	17.735	11.460	2.642	8.818
1993	5.220	296	275	21	4.945	-5.244	-1.970	-3.274
1994	5.641	2.121	1.886	235	3.755	1.163	1.084	79
1995	15.268	2.090	2.083	7	13.185	9.447	4.344	5.103
1996	-7.714	1.669	1.674	-5	-9.388	-5.149	2.660	-7.809
1997	-11.355	643	1.628	-985	-12.983	-14.338	1.342	-15.680
1998	-3.868	1.345	2.035	-690	-5.903	-9.534	1.531	-11.065
1999	-5.498	716	1.436	-720	-6.934	-6.160	852	-7.012
2000	-5.553	1.218	1.454	-236	-7.007	-9.502	576	-10.078
2001	3.886	1.653	1.919	-266	1.967	-2.209	1.407	-3.616
2002	-594	1.577	1.567	10	-2.161	-7.764	1.741	-9.505
2003	-12.994	2.567	2.420	147	-15.414	-8.289	1.352	-9.641
2004	-11.023	633	10.766		-21.789	-17.000	3.402	-20.402
2005	-1.861	1.536	1.536		-3.397	-5.282	4.094	-9.376

Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen.

**Tabelle 6: Vollkräfte in allgemeinen Krankenhäusern**

	Vollkräfte		davon								
	insgesamt	Ärztl. Dienst	Pflege- dienst	Med.- techn. Dienst	Funktions- dienst	Klin. Haus- personal	Wirtsch.- u. Ver- sorg. dienst	Techn. Dienst	Ver- wal- tungs- dienst	Sonder- dienste	Sonst. Personal
<b>1991</b>	815.551	91.279	296.518	117.347	75.384	38.923	89.350	22.423	56.859	9.008	18.460
<b>1992</b>	827.011	93.921	303.990	118.698	75.943	37.469	88.960	21.884	57.501	9.553	19.092
<b>1993</b>	821.767	91.951	306.127	117.586	76.847	35.204	86.609	21.225	56.895	9.657	19.666
<b>1994</b>	822.930	93.035	313.359	115.864	77.198	33.107	83.315	21.274	56.165	9.745	19.868
<b>1995</b>	832.377	97.379	322.108	119.141	78.323	31.132	80.559	21.041	56.866	7.369	18.459
<b>1996</b>	827.228	100.039	322.418	120.144	78.329	29.505	77.249	20.842	57.002	5.241	16.459
<b>1997</b>	812.890	101.381	316.253	119.158	78.302	27.374	73.257	20.520	56.190	4.705	15.750
<b>1998</b>	803.356	102.912	313.280	118.580	78.786	25.123	70.269	20.184	55.444	4.466	14.312
<b>1999</b>	797.196	103.764	311.085	118.437	79.502	23.269	67.770	19.978	55.113	4.280	13.998
<b>2000</b>	787.694	104.340	308.139	118.525	80.020	20.887	64.640	19.580	54.368	4.287	12.908
<b>2001</b>	785.485	105.747	307.309	118.794	80.899	20.013	62.676	19.137	54.597	4.154	12.159
<b>2002</b>	777.721	107.488	299.512	117.199	81.285	18.604	59.817	18.611	54.209	4.117	16.879
<b>2003</b>	769.432	108.840	293.020	117.582	81.500	17.678	56.501	18.394	54.414	3.987	17.516
<b>2004</b>	752.432	112.242	282.890	116.200	81.563	15.522	52.690	17.883	53.546	3.799	16.097
<b>2005</b>	747.150	116.336	278.118	116.531	81.776	14.064	49.889	17.451	53.891	3.715	15.379
<b>1991-</b>											
<b>1995</b>	16.826	6.100	25.590	1.794	2.939	-7.791	-8.791	-1.382	7	-1.639	-1
<i>in %</i>	2,1	6,7	8,6	1,5	3,9	-20,0	-9,8	-6,2	0,0	-18,2	0,0
<b>1995-</b>											
<b>2000</b>	-44.683	6.961	-13.969	-616	1.697	-10.245	-15.919	-1.461	-2.498	-3.082	-5.551
<i>in %</i>	-5,4	7,1	-4,3	-0,5	2,2	-32,9	-19,8	-6,9	-4,4	-41,8	-30,1
<b>2000-</b>											
<b>2005</b>	-40.544	11.996	-30.021	-1.994	1.756	-6.823	-14.751	-2.129	-477	-572	2.471
<i>in %</i>	-5,1	11,5	-9,7	-1,7	2,2	-32,7	-22,8	-10,9	-0,9	-13,3	19,1
<b>1995-</b>											
<b>2005</b>	-85.227	18.957	-43.990	-2.610	3.453	-17.068	-30.670	-3.590	-2.975	-3.654	-3.080
<i>in %</i>	-10,2	19,5	-13,7	-2,2	4,4	-54,8	-38,1	-17,1	-5,2	-49,6	-16,7
<b>1991-</b>											
<b>2005</b>	-68.401	25.057	-18.400	-816	6.392	-24.859	-39.461	-4.972	-2.968	-5.293	-3.081
<i>in %</i>	-8,4	27,5	-6,2	-0,7	8,5	-63,9	-44,2	-22,2	-5,2	-58,8	-16,7

Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen.

**Tabelle 7: Vollkräfte in allgemeinen Krankenhäusern. Veränderung gegenüber dem Vorjahr**

	Voll- kräfte insges.	Ärztl. Dienst	Pflege- dienst	Med.- techn. Dienst	Funk- tions- dienst	Klein. Haus- personal	Wirtschafts- u. Versor- gungs-dienst	Techn. Dienst	Ver- waltungs- dienst	Son- der- dienste	Sonst. Perso- nal
1992	11.460	2.642	7.472	1.351	559	-1.454	-390	-539	642	545	632
1993	-5.244	-1.970	2.137	-1.112	904	-2.265	-2.351	-659	-606	104	574
1994	1.163	1.084	7.232	-1.722	351	-2.097	-3.294	49	-730	88	202
1995	9.447	4.344	8.749	3.277	1.125	-1.975	-2.756	-233	701	-2.376	-1.409
1996	-5.149	2.660	310	1.003	6	-1.627	-3.310	-199	136	-2.128	-2.000
1997	-14.338	1.342	-6.165	-986	-27	-2.131	-3.992	-322	-812	-536	-709
1998	-9.534	1.531	-2.973	-578	484	-2.251	-2.988	-336	-746	-239	-1.438
1999	-6.160	852	-2.195	-143	716	-1.854	-2.499	-206	-331	-186	-314
2000	-9.502	576	-2.946	88	518	-2.382	-3.130	-398	-745	7	-1.090
2001	-2.209	1.407	-830	269	879	-874	-1.964	-443	229	-133	-749
2002	-7.764	1.741	-7.797	-1.595	386	-1.409	-2.859	-526	-388	-37	4.720
2003	-8.289	1.352	-6.492	383	215	-926	-3.316	-217	205	-130	637
2004	-17.000	3.402	-10.130	-1.382	63	-2.156	-3.811	-511	-868	-188	-1.419
2005	-5.282	4.094	-4.772	331	213	-1.458	-2.801	-432	345	-84	-718

Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen.

**Tabelle 8: Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte in allgemeinen Krankenhäusern**

	Beschäftigte insgesamt			Ärztlicher Dienst (o. AiP)			Nicht-ärztliches Personal		
	insgesamt	Vollzeit	Teilzeit	insgesamt	Vollzeit	Teilzeit	insgesamt	Vollzeit	Teilzeit
1991	940.655	718.058	222.597	94.052	90.628	3.424	846.603	627.430	219.173
1992	958.625	721.840	236.785	94.287	90.379	3.908	864.338	631.461	232.877
1993	963.845	716.468	247.377	94.562	90.428	4.134	869.283	626.040	243.243
1994	969.486	711.220	258.266	96.448	92.032	4.416	873.038	619.188	253.850
1995	984.754	717.132	267.622	98.531	94.337	4.194	886.223	622.795	263.428
1996	977.040	699.682	277.358	100.205	95.509	4.696	876.835	604.173	272.662
1997	965.685	683.847	281.838	101.833	95.791	6.042	863.852	588.056	275.796
1998	961.817	673.762	288.055	103.868	97.105	6.763	857.949	576.657	281.292
1999	956.319	663.648	292.671	105.304	97.667	7.637	851.015	565.981	285.034
2000	950.766	649.683	301.083	106.758	98.898	7.860	844.008	550.785	293.223
2001	954.652	640.737	313.915	108.677	99.886	8.791	845.975	540.851	305.124
2002	954.058	630.949	323.109	110.244	99.058	11.186	843.814	531.891	311.923
2003	941.064	608.058	333.006	112.664	99.433	13.231	828.400	508.625	319.775
2004	930.041	591.023	339.018	123.430	108.898	14.532	806.611	482.125	324.486
2005	928.180	577.519	350.661	124.966	109.333	15.633	803.214	468.186	335.028
1991-1995	44.099	-926	45.025	4.479	3.709	770	39.620	-4.635	44.255
in %	4,7	-0,1	20,2	4,8	4,1	22,5	4,7	-0,7	20,2
1995-2000	-33.988	-67.449	33.461	8.227	4.561	3.666	-42.215	-72.010	29.795
in %	-3,5	-9,4	12,5	8,3	4,8	87,4	-4,8	-11,6	11,3
2000-2005	-22.586	-72.164	49.578	18.208	10.435	7.773	-40.794	-82.599	41.805
in %	-2,4	-11,1	16,5	17,1	10,6	98,9	-4,8	-15,0	14,3
1995-2005	-56.574	-139.613	83.039	26.435	14.996	11.439	-83.009	-154.609	71.600
in %	-5,7	-19,5	31,0	26,8	15,9	272,7	-9,4	-24,8	27,2
1991-2005	-12.475	-140.539	128.064	30.914	18.705	12.209	-43.389	-159.244	115.855
in %	-1,3	-19,6	57,5	32,9	20,6	356,6	-5,1	-25,4	52,9

Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen.

**Tabelle 9:** Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte in allgemeinen Krankenhäusern. Veränderung gegenüber dem Vorjahr

	Beschäftigte insgesamt			Ärztlicher Dienst (o. AiP)			Nicht-ärztliches Personal		
	insgesamt	Vollzeit	Teilzeit	insgesamt	Vollzeit	Teilzeit	insgesamt	Vollzeit	Teilzeit
1992	17.970	3.782	14.188	235	-249	484	17.735	4.031	13.704
1993	5.220	-5.372	10.592	275	49	226	4.945	-5.421	10.366
1994	5.641	-5.248	10.889	1.886	1.604	282	3.755	-6.852	10.607
1995	15.268	5.912	9.356	2.083	2.305	-222	13.185	3.607	9.578
1996	-7.714	-17.450	9.736	1.674	1.172	502	-9.388	-18.622	9.234
1997	-11.355	-15.835	4.480	1.628	282	1.346	-12.983	-16.117	3.134
1998	-3.868	-10.085	6.217	2.035	1.314	721	-5.903	-11.399	5.496
1999	-5.498	-10.114	4.616	1.436	562	874	-6.934	-10.676	3.742
2000	-5.553	-13.965	8.412	1.454	1.231	223	-7.007	-15.196	8.189
2001	3.886	-8.946	12.832	1.919	988	931	1.967	-9.934	11.901
2002	-594	-9.788	9.194	1.567	-828	2.395	-2.161	-8.960	6.799
2003	-12.994	-22.891	9.897	2.420	375	2.045	-15.414	-23.266	7.852
2004	-11.023	-17.035	6.012	10.766	9.465	1.301	-21.789	-26.500	4.711
2005	-1.861	-13.504	11.643	1.536	435	1.101	-3.397	-13.939	10.542

Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen.

**Tabelle 10:** Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte in allgemeinen Krankenhäusern. Anteile in Prozent

	Beschäftigte insgesamt		Ärztlicher Dienst (o. AiP)		Nicht-ärztliches Personal	
	Vollzeit	Teilzeit	Vollzeit	Teilzeit	Vollzeit	Teilzeit
1991	76,3	23,7	96,4	3,6	74,1	25,9
1992	75,3	24,7	95,9	4,1	73,1	26,9
1993	74,3	25,7	95,6	4,4	72,0	28,0
1994	73,4	26,6	95,4	4,6	70,9	29,1
1995	72,8	27,2	95,7	4,3	70,3	29,7
1996	71,6	28,4	95,3	4,7	68,9	31,1
1997	70,8	29,2	94,1	5,9	68,1	31,9
1998	70,1	29,9	93,5	6,5	67,2	32,8
1999	69,4	30,6	92,7	7,3	66,5	33,5
2000	68,3	31,7	92,6	7,4	65,3	34,7
2001	67,1	32,9	91,9	8,1	63,9	36,1
2002	66,1	33,9	89,9	10,1	63,0	37,0
2003	64,6	35,4	88,3	11,7	61,4	38,6
2004	63,5	36,5	88,2	11,8	59,8	40,2
2005	62,2	37,8	87,5	12,5	58,3	41,7

Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen.

Auf die Gründe dieser Entwicklung einzugehen, ist insofern von Interesse, weil hier eine bedeutende Änderung eingetreten sein dürfte. In den letzten Jahren erfolgt der Ausbau der Teilzeitbeschäftigung nicht mehr überwiegend als Reaktion auf Arbeitszeitwünsche von Beschäftigten, sondern ist Teil der Maßnahmen zur Senkung von Personalkosten durch Personalabbau. Durch die Umwandlung von Vollzeitstellen in Teilzeitstellen wird ein höheres Maß an Flexibilität des Personaleinsatzes erreicht. Personelle Engpässe oder Lücken können leichter mit Teilzeitkräften gefüllt werden, die aus dem Frei geholt werden, als durch die Verpflich-

tung von Vollzeitkräften über die zulässige tarifliche Arbeitszeit hinaus. Die in den letzten Jahren offenbar steigende Zahl an Überstunden insbesondere im Pflegedienst deutet ebenfalls daraufhin, dass diese Strategie zunehmend verfolgt wird.

## **6.2 1995-2000: Stellenabbau als Reaktion auf die verschärfte Deckelung**

1996 setzte vor dem Hintergrund der verschärften Budgetdeckelung ein Personal- und Stellenabbau im Bereich des nicht-ärztlichen Personals ein, der bis heute anhält. Die Zahl der Vollkräfte insgesamt wurde zwischen 1995 und 2000 um 44.683 (-5,4 %) und die der Beschäftigten um 33.988 (-3,5 %) reduziert. Der stärkste Einschnitt in dieser Phase erfolgte im Jahr 1997. Dies war das erste Jahr der pauschalen Kürzung der Krankenhausbudgets um 1 %, wie sie mit dem „Beitragsentlastungsgesetz“ 1996 beschlossen worden waren.

Die Differenz zwischen Personalabbau (Beschäftigtenzahl) und Stellenabbau (Vollkräfte) weist auf eine deutliche Zunahme der Teilzeitbeschäftigung hin, im Unterschied zur Zeit 1991-1995 diesmal allerdings unter veränderten Vorzeichen. Waren 1991-1995 noch neue Stellen geschaffen worden und diese hauptsächlich mit Teilzeitbeschäftigten besetzt worden, so wurden zwischen 1995 und 2000 vor allem Vollzeitstellen abgebaut und nur zum Teil durch Teilzeitstellen ersetzt. Im Jahr 2000 gab es gegenüber 1995 ca. 72.000 Vollzeitbeschäftigten weniger und ca. 30.000 Teilzeitbeschäftigten mehr (Tab. 8 und 9).

Eine nach Personalgruppen differenzierte Betrachtung der Entwicklung zeigt deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Berufsgruppen bzw. Bereichen. Während der ärztliche Dienst um knapp 7.000 Stellen (+7,1 %) und ca. 8.200 Beschäftigte (+8,3 %) (ohne AiP) weiter ausgebaut wurde, erfolgte im nicht-ärztlichen Bereich ein überproportionaler Stellen- und Personalabbau. Die Zahl der Vollkräfte im nicht-ärztlichen Bereich ging um 51.644 (-7,0 %) und die der Beschäftigten um 42.215 (-4,8 %) zurück. Der Hauptteil (90 %) des Stellenabbaus entfiel mit 40.133 Vollkräften auf drei Dienstarten: Klinisches Hauspersonal (-10.245), Wirtschafts- und Versorgungsdienst (-15.919) und Pflegedienst (-13.969).

Beim Klinischen Hauspersonal und im Wirtschafts- und Versorgungsdienst wurde der bereits in der ersten Hälfte der 1990er Jahre zu beobachtende Trend zur Auslagerung dieser Dienstleistungen an private Leistungserbringer offensichtlich forciert. Waren zwischen 1991 und 1995 ca. 20 % der Stellen für Klinisches Hauspersonal und ca. 10 % und im Wirtschafts- und Versorgungsdienst reduziert worden, lag der Rückgang jetzt bei 32,9 % bzw. 19,8 %. Die Verschärfung der Budgetdeckelung traf offensichtlich vor allem die gering qualifizierten Teile der Krankenhausbeschäftigten, die ohnehin auf dem Arbeitsmarkt nur geringe Chancen haben.

Allerdings bedeutet die Zahl der abgebauten Stellen nicht zugleich auch, dass diese Beschäftigten ihren Arbeitsplatz verloren. Vermutlich wurde die überwiegende Mehrzahl von ihnen weiter beschäftigt, allerdings nicht mehr als Krankenhausbeschäftigte, sondern als Arbeiterinnen oder Angestellte eines Subunternehmens oder privaten Reinigungsdienstes, der nach dem Outsourcing oder der Ausgründung die entsprechenden Dienstleistungen für das

Krankenhaus erbringt. Der Wechsel vermeidet zwar Arbeitslosigkeit, ist für die Betroffenen in der Regel jedoch mit deutlichen Lohn- oder Gehaltseinbußen sowie weiteren Verschlechterungen der Arbeitsbedingungen verbunden.

Ob diese immer noch anhaltende Entwicklung angesichts der arbeitsmarktpolitischen Diskussionen der letzten Jahre eine aus sozialpolitischer Sicht akzeptable Entwicklung war und ist, darf wohl mit gutem Recht bezweifelt werden. Nicht nur in diesem Punkt konterkarieren die krankenhauspolitischen Entscheidungen des Bundes zur Entlastung der Krankenkassen Programme und Ziele in anderen Bereichen seiner Sozialpolitik. Die aktuelle Mindestlohn-Diskussion reagiert letztlich auch auf die hier herausgearbeiteten Entwicklungen im Krankenhausbereich, da es sich bei den ausgelagerten Beschäftigungsbereichen um klassische Niedriglohnbereiche handelt. So soll beispielsweise die Bildung gemeinsamer Serviceunternehmen von Krankenhaus und privaten Dienstleistungsunternehmen in der Regel vor allem dazu dienen, die zuvor nach öffentlichem Tarifrecht entlohten Beschäftigten in niedrige Tarife anderer Branchen überzuleiten, beispielsweise der Gebäudereiniger (vgl. u. a. Pelster/Thölking 2004).

Die bemerkenswerteste neue Entwicklung in der Phase 1995-2000 ist sicherlich der Stellenabbau im Pflegedienst, der unmittelbar nach Aufhebung der Pflege-Personalregelung einsetzte und bis heute anhält. Allein im Jahr 1997, dem ersten Jahr ohne PPR, wurden über 6.000 Vollzeitstellen gestrichen. Das entsprach 2 % der Vollkräfte im Pflegedienst und lag damit um das Doppelte über der pauschalen Budgetkürzung von 1 %. Bereits in diesem Jahr wird deutlich, was in der Einleitung angesprochen wurde und an späterer Stelle ausführlicher herausgearbeitet wird: Der Stellenabbau im Pflegedienst der Allgemeinkrankenhäuser kann nicht allein mit der Budgetdeckelung erklärt werden, da er über das Maß der Budgetbegrenzungen hinausging.

In der Gesamtschau dieser Phase wird erkennbar, dass die Verschärfung der Budgetdeckung sozial ungleich in die Krankenhäuser hinein umgesetzt und für interne Umverteilungen genutzt wurde. In einigen Diensten wurde überproportional eingespart, an anderer Stelle wurden dagegen Stellenpläne aufgestockt. Gewinner der internen Umverteilung war in dieser Phase – wie auch in der nachfolgenden – der ärztliche Dienst.

### **6.3 2000-2005: Forcierter Stellenabbau zur Vorbereitung auf das DRG-System**

Die Jahre 2000 bis 2005 waren zum einen geprägt von der Fortsetzung der Budgetdeckung, vor allem aber durch die Vorbereitung auf das DRG-System. Beides wurde in den Krankenhäusern in einen weiteren und teilweise erheblich verstärkten Personalabbau umgesetzt, allerdings auch in dieser Phase in sehr unterschiedlicher Weise. Zu den in den letzten Jahren am häufigsten eingesetzten Maßnahmen zur Reduzierung von Personalkosten zählen vor allem (DKI 2002a, 2003: 24 ff., 2004b: 30 ff.; Lauterbach et al. 2004):

- Zeitweise Nichtbesetzung offener Stellen (ca. 70 % der Krankenhäuser)

- Personalabbau vor allem im Pflegedienst und im Wirtschafts- und Versorgungsdienst
- Umwandlung von Vollzeit- in Teilzeitstellen (vor allem im Pflegedienst)
- Einschränkung von Sonderzahlungen (z. B. Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld)
- nicht vollständige Umsetzung von Tarifabschlüssen
- Einschränkungen freiwilliger sozialer Leistungen
- Einschränkung der Fort- und Weiterbildung.

In der Liste fehlt – vermutlich weil vom Deutschen Krankenhausinstitut nicht abgefragt – eine weitere in den letzten Jahren zunehmend eingesetzte Maßnahme, die ebenfalls zur Reduzierung von Personalkosten dient. Wurden früher im Krankenhausbereich, mit Ausnahme des ärztlichen Dienstes, fast nur unbefristete Arbeitsverträge abgeschlossen, so scheinen in den letzten Jahren zunehmend mehr Kliniken dazu übergegangen zu sein, insbesondere im Pflegedienst nur noch befristete Arbeitsverhältnisse anzubieten. Diese Maßnahme erhöht die Flexibilität des Personaleinsatzes, da keine aufwendigen Kündigungsverfahren mehr zu durchlaufen sind, sondern Arbeitsverträge nur noch verlängert werden, oder – bei schlechter wirtschaftlicher Lage des Krankenhauses – einfach auslaufen.

Die Auswirkungen der genannten Maßnahmen auf die Personalbesetzung der Allgemeinkrankenhäuser lassen sich rückblickend auf Grundlage der Krankenhausstatistik quantifizieren. Die Zahl der Vollzeitstellen wurde weiter deutlich stärker reduziert als die der Beschäftigten. Die Differenz kann als Indikator dafür gewertet werden, dass offenbar in zunehmendem Maße frei werdende Stellen vorübergehend nicht besetzt wurden. Da dies voraussetzt, dass eine Planstelle frei wird, und angesichts des seit Jahren anhaltenden Stellenabbaus im Krankenhausbereich die Kündigungsbereitschaft der Beschäftigten mit hoher Wahrscheinlichkeit rückläufig war, kann die größer werdende Differenz auch als Ausdruck einer zunehmenden Umwandlung von unbefristeten in befristete Arbeitsverhältnisse gedeutet werden. Wenn sich die normale Fluktuation durch Kündigung von Beschäftigten rückläufig entwickelt und Stellen ohne betriebsbedingte Kündigungen abgebaut werden sollen, bietet es sich an, die frei werdenden Stellen nach einer Phase der Nichtbesetzung nur noch mit befristet eingestelltem Personal zu besetzen. Mit einer darüber zu erreichenden sukzessiven Erhöhung des Anteils befristeter Arbeitsverhältnisse lässt sich die Flexibilität des Personaleinsatzes deutlich erhöhen.

Für das zentrale Thema dieser Untersuchung ist dies insofern von Bedeutung, als durch die Umwandlung von unbefristeten in befristete Arbeitsverhältnisse wichtige Voraussetzungen für einen kurzfristigen Personal- und Stellenabbau geschaffen werden. Krankenhäuser sind mittlerweile in der Flexibilisierung ihres Personaleinsatzes in einem Maße kurzfristig reaktionsfähig, wie dies noch vor wenigen Jahren nicht der Fall war. Das heißt auch, dass bei einer Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage von Krankenhäusern, beispielsweise durch eine erneute Verschärfung der Budgetdeckelung, zahlreiche Krankenhäuser relativ kurzfristig und in einem zuvor nicht erreichbaren Umfang Personal abbauen können. Die relative ‚Beruhi-

gung' im Jahr 2005 sollte folglich nicht vorschnell als Ende einer Phase verstärkten Personalabbaus gedeutet werden.

Innerhalb des Zeitraums 2000 bis 2005 weicht das Jahr 2001 mit seinen Werten in einem Punkt ab. Erstmals wurde wieder mehr Personal als im Vorjahr beschäftigt. Die Zahl der Vollkräfte war allerdings auch weiterhin rückläufig. Diese gegenläufige Entwicklung der beiden Kennzahlen ist auf einen überproportionalen Anstieg der Teilzeitbeschäftigung zurückzuführen. Während die Vollzeitstellen von 2000 auf 2001 um 8.946 reduziert wurden, stieg die Zahl der Teilzeitbeschäftigten parallel um 12.832 und damit um den höchsten Wert seit 1992 (Tab. 23).

Bereits im folgenden Jahr wurde die Zahl der Beschäftigten jedoch wieder reduziert und der Personalabbau erreichte in den Jahren 2003 (-12.994) und 2004 (-11.023) neue Höchstwerte. Der Abbau von Vollzeitstellen wurde parallel fortgesetzt und erreichte im Jahr 2004 (-17.000) einen neuen und für den gesamten Zeitraum 1991-2005 absoluten Höchstwert. Die Zahl des nicht-ärztlichen Personals wurde sogar um 20.402 reduziert. Insgesamt sticht das Jahr 2004 mit seinen Werten des Personal- und Stellenabbaus mit deutlichem Abstand aus allen Jahren des Betrachtungszeitraumes 1991-2005 heraus und bildete den bisherigen Höhepunkt des Personal- und Stellenabbaus.

Die außergewöhnlich hohen Werte für die Jahre 2003 und 2004 lassen sich sehr gut mit der zuvor dargestellten Entwicklung der Gesetzgebung und Einführung des DRG-Systems in Einklang bringen. Zum einen forcierte das 2003 in Kraft getretene Beitragssatzsicherungsgesetz mit der darin enthaltenen Nullrunde für Krankenhausbudgets den Stellenabbau und zum anderen begann die Einführung des DRG-System. Zwar führte die Abrechnung mit DRGs in den Jahren 2003 und 2004 noch nicht zu Überschüssen oder Verlusten, aber dennoch wurden die ersten Daten über durchschnittliche Fallkosten, Basisfallwerte und zukünftige Budgetabsenkungen im Krankenhausmanagement sehr ernst genommen und bereits in Kostensenkungsprogramme umgesetzt. Um zukünftige Budgetabsenkungen aufzufangen, erschien es notwendig bereits vor der so genannten ‚Scharfschaltung‘ des DRG-Systems am 1.1.2005 gegenzusteuern und Kosten zu reduzieren. Denn bis 2005 damit zu warten konnte unverantwortlich sein, da Maßnahmen der Reduzierung von Personalkosten in den Dimensionen, wie sie vielfach erforderlich schienen, nicht innerhalb weniger Monate zu den notwendigen Budgetentlastungen führen können, sondern einen längeren Vorlauf brauchen.

Allerdings erwies sich in zahlreichen Krankenhäusern der vollzogene Stellenabbau im Nachhinein als letztlich doch nicht zwingend notwendig, da Ende 2004 die ‚Kappungsgrenze‘ beschlossen wurde, die drastische Budgetabsenkungen verhinderte, indem eine Obergrenze für Budgetkürzungen von zunächst 0,5 % des Budgets (2005) eingefügt wurde. Der erhebliche Stellenabbau in den Jahren 2003 und 2004 hat zudem eine fatale Spätwirkung. Die so abgesenkten Krankenhauskosten bildeten die Grundlage für die Kalkulation der DRG-Fallpauschalen folgender Jahre.

Wie bereits in den vorhergehenden Zeiträumen blieb der ärztliche Dienst entgegen dem allgemeinen Trend auch zwischen 2000 und 2005 nicht nur von Personalabbau verschont,



sondern wurde sogar ausgebaut. Der deutliche Sprung von 10.766 zusätzlichen Ärzten (o. AiP) im Jahr 2004 gegenüber dem Jahr 2003 geht allerdings wohl überwiegend auf die Abschaffung des AiP zum 1.10.2004 zurück. Die insgesamt 10.133 Ärzte im Praktikum des Jahres 2003 erhielten offenbar weitgehend Assistenzarztstellen, so dass die Zahl der Ärzte (ohne AiPler) gegenüber 2003 in dem entsprechenden Umfang anstieg. Wie bereits zuvor erläutert, darf dieser Zuwachs nicht als realer Zuwachs an Personal gedeutet werden, da es sich nur um eine Änderung des arbeitsrechtlichen Status bereits beschäftigter Ärzte und damit verbundene geänderte Zuordnung in der Krankenhausstatistik handelt.

Rechnet man die Ärzte im Praktikum bereits in den Vorjahren dem ärztlichen Personal zu, so ergibt sich lediglich ein Zuwachs von +633 Beschäftigten (vgl. Tab. 22, Ärztlicher Dienst mit AiP). Allerdings ist die Kennzahl ‚Beschäftigte‘ für das Volumen der verfügbaren Arbeitszeit wenig aussagekräftig. Die Zahl der Vollkräfte im ärztlichen Dienst ist zwischen 2000 und 2005 um 11,5 % oder 11.996 gestiegen.

Zum personellen Ausbau des ärztlichen Dienstes trug auch bei, dass den Krankenhäusern die Möglichkeit eingeräumt wurde, ab dem Jahr 2003 einen zusätzlichen Betrag von bis zu 0,2 % des Budgets zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen gegenüber den Krankenkassen geltend zu machen (§ 4 Abs. 13 KHEntG). Dieses zusätzliche Geld sollte insbesondere zur Finanzierung neuer Arbeitszeitmodelle und dafür erforderlicher zusätzlicher Stellen eingesetzt werden. Voraussetzung war allerdings, dass die Krankenhausleitung eine Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung über Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen vorlegen konnte. Soweit entsprechende Vereinbarungen mit den Krankenkassen zustande kamen, wurden davon vor allem Stellen im ärztlichen Dienst geschaffen (DKI 2005: 50, 2006: 60 ff.).

## **6.4 1991-2005: Eine Zusammenfassung**

Zusammenfassend können nun für den gesamten Zeitraum 1991-2005 folgende Entwicklungen festgehalten werden:

- Die erste Phase der Budgetdeckelung von 1993 bis 1995 war, verglichen mit den nachfolgenden Phasen, eher moderat und erlaubte den Krankenhäusern sogar noch einen weiteren Ausbau ihrer Personalbesetzung. 1995 lag die Zahl der Vollkräfte insgesamt um ca. 5.300 und die Zahl der Beschäftigten um ca. 18.000 über dem Ausgangswert von 1992, dem letzten Jahr vor Inkrafttreten der Budgetdeckelung. Unterhalb der Ebene der Gesamtzahlen zeigen sich allerdings bereits in dieser ersten Phase der Deckelung zum Teil deutliche Unterschiede, die bis 2005 fortbestanden. Während der ärztliche Dienst und Pflegedienst ausgebaut wurde, erfolgte im Reinigungsdienst, Wirtschafts- und Versorgungsdienst ein deutlicher Stellenabbau, vor allem durch Outsourcing und Privatisierung bisheriger Krankenhausabteilungen.

- Ab 1996 setzt ein verstärkter Stellen- und Personalabbau ein, der zum einen weiterhin das Personal im Reinigungsdienst, Wirtschafts- und Versorgungsdienst traf, in zunehmendem Maße aber auch den Pflegedienst. Bis zum Jahr 2000 wurden zwei Drittel der durch die PPR geschaffenen zusätzlichen Stellen wieder abgebaut. Im ärztlichen Dienst wurde die Zahl der Vollkräfte und Beschäftigten weiter erhöht. Er ist somit der einzige Bereich, der in keinem der Jahre von einem Stellenabbau betroffen war. Der kurze Einbruch im Jahr 1993 war, wie bereits dargelegt, nicht das Ergebnis eines Stellenabbaus, sondern einer kurzfristigen Niederlassungswelle von Krankenhausärzten.
- Im Vorfeld der Einführung des DRG-Systems wurde der Stellenabbau insbesondere im Pflegedienst ab 2002 noch einmal deutlich verstärkt.

Zieht man eine Bilanz für die Zeit der verschärften Budgetdeckelung ab 1996 bis einschließlich 2005, so ergeben sich gegenüber dem Ausgangsjahr 1995 folgende Veränderungen:

- Die Zahl der Vollkräfte wurde insgesamt um 85.227 oder 10,2 % abgebaut.
- Die Zahl der Beschäftigten ging dagegen nur um 56.574 oder 5,7 % zurück, was vor allem darauf zurückzuführen ist, dass der Anteil der Teilzeitbeschäftigten erheblich ausgeweitet wurde, von 27,2 % im Jahr 1995 auf 37,8 % im Jahr 2005.
- Während das nicht-ärztliche Personal überproportional abgebaut wurde, erfolgte im ärztlichen Dienst als einzigem Bereich über den gesamten Zeitraum ein kontinuierlicher Ausbau. Die Zahl der Vollkräfte im nicht-ärztlichen Bereich wurde zwischen 1995 und 2005 um ca. 104.000 reduziert, die Zahl der Vollkräfte im ärztlichen Dienst im gleichen Zeitraum um ca. 19.000 erhöht. Die Zahl der Beschäftigten im nicht-ärztlichen Bereich wurde um 83.000 abgebaut, die des ärztlichen Dienstes – unter Berücksichtigung der Umwandlung von AiP-Stellen in Arztstellen – um ca. 13.500 erhöht.

Unter dem ‚Deckel‘ erfolgte somit eine krankenhausinterne Umverteilung von Ressourcen. Um zusätzliche Stellen im ärztlichen Dienst trotz Budgetdeckelung oder Budgetkürzungen finanzieren zu können, wurden offenbar in anderen Dienstarten überproportional Stellen abgebaut. Auf diesen Umverteilungsprozess wird an späterer Stelle ausführlicher eingegangen, insbesondere soll der Frage nachgegangen werden, in welchem Maße der Stellenabbau im nicht-ärztlichen Bereich auf die Budgetdeckelung und zu welchem Anteil auf die interne Umverteilung von Ressourcen zurückzuführen ist.

## **7 Entwicklung der Personalbesetzung des Pflegedienstes**

Im folgenden soll nun auf die Entwicklung der personellen Besetzung des Pflegedienstes näher eingegangen werden.

### **7.1 1991-1995: Stellen- und Personalzuwachs auf Grund der Pflege-Personalregelung**

Wie bereits erwähnt, hatte der Pflegedienst zunächst einen deutlichen Zuwachs zu verzeichnen. Zwischen 1991 und 1995 wurde die Zahl der Vollkräfte um ca. 25.000 oder 8,6 % erhöht (Tab. 11). Dieser Zuwachs war politisch gewollt und Ergebnis einer der Ausnahmeregelungen von der strikten Budgetdeckelung. Das Gesundheitsstrukturgesetz enthielt als Artikel 13 die Pflege-Personalregelung (PPR). Sie sollte dazu dienen, die zuvor als unzureichend angesehene Personalbesetzung des Pflegedienstes in Krankenhäusern zu verbessern (Schöning/Luithlen/Scheinert 1995). Damit wurde auf eine seit 1989 auch in der Öffentlichkeit geführte Diskussion über einen ‚Pflegenotstand‘ in Krankenhäusern reagiert (Alber 1990; Bartholomeyczik 1993; DKG 1990; Mergner 1990). Die Notwendigkeit einer gesetzlichen Regelung der Personalbemessung für den Pflegedienst der Krankenhäuser wurde damit begründet, dass es in den 1980er Jahren mehrere Entwicklungen gegeben habe, die „eine erhebliche Leistungsausweitung in der stationären Pflege“ zur Folge hatten (BT-Drs. 12/3608: 143). Insbesondere wurde auf die demographische Entwicklung und den damit verbundenen zunehmenden Anteil älterer und pflegeaufwendiger Patienten, die gestiegene Multimorbidität sowie eine zunehmend aufwendigere Diagnostik und Therapie verwiesen. Mit der PPR sollten so genannte ‚Anhaltzahlen‘ ersetzt werden, die seit Jahrzehnten im Krankenhausbereich zur Ermittlung des Personalbedarfs angewendet aber seit Ende der 1970er Jahre zunehmend kritisiert wurden, da sie nur unzureichend die steigenden Arbeitsanforderungen berücksichtigten. Für die stationäre Psychiatrie war bereits 1991 eine eigenständige Neuregelung zur Ermittlung der Planstellen in Kraft getreten, die Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV).

Die PPR enthielt Regeln und Verfahren für die Ermittlung von Planstellen im Pflegedienst der Krankenhäuser, die sowohl für Krankenhäuser als auch für Krankenkassen verbindlich waren. Der Anwendungsbereich der PPR war allerdings auf die Normalstationen der Erwachsenen- und Kinderkrankenpflege begrenzt, sie galt nicht für Intensivstationen. Durch die PPR sollten insgesamt 26.000 zusätzliche Vollzeitstellen in allgemeinen Krankenhäusern geschaffen werden. Um die Krankenkassen vor einer kurzfristig eintretenden sehr hohen zusätzlichen Belastung zu schützen, war vorgesehen, die sich aus der Anwendung der PPR ergebenden zusätzlichen Stellen in vier Jahresschritten zu schaffen. Im Sprachgebrauch der damaligen Zeit war von ‚vier Stufen‘ der Umsetzung die Rede. Jeweils ein Viertel der errechneten zusätzlichen Stellen sollte zwischen 1993 und 1996 jährlich von den Kassen zusätzlich und unabhängig von der Budgetdeckelung finanziert werden. Wichtig ist noch anzumerken, dass die

durch die PPR geschaffenen neuen Stellen dauerhaft finanziert werden sollten und nicht nur vorübergehend. Denn schließlich sollte sie eine dauerhafte Entlastung des Pflegepersonals bewirken.

Da die Bundesregierung davon ausging, dass vor Inkrafttreten der PPR – im Vorgriff auf die erwartete Neuregelung – bereits ca. 13.000 Vollzeitstellen geschaffen wurden, verblieben nach ihrer Auffassung für den Restzeitraum von 1993 bis 1996 noch ca. 13.000 zusätzliche Stellen.<sup>19</sup> Als die Krankenkassen 1995 meldeten, es seien bereits 20.000 zusätzliche Stellen geschaffen worden, reagierte die Bundesregierung darauf mit der sofortigen Aussetzung der Anwendung der PPR für das Jahr 1996, um zu verhindern, dass noch weitere zusätzliche Stellen geschaffen werden. Von den geplanten vier Stufen wurden somit nur drei tatsächlich umgesetzt. Wenig später wurde die PPR durch das 2. GKV-Neuordnungsgesetz zum 1.1.1997 aufgehoben. Seitdem hat sie keinerlei Bedeutung mehr für die Budgetverhandlungen. Sie wird allerdings in zahlreichen Krankenhäusern noch für interne Zwecke eingesetzt (z. B. für die interne Personalsteuerung). Im Unterschied zur PPR gilt die Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) weiterhin und ist Grundlage für Budgetverhandlungen.

Wie die Daten der Krankenhausstatistik zeigen, wurde die Zahl der Vollkräfte im Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser zwischen 1991 und 1995 um 25.590 erhöht (Tab. 11).<sup>20</sup> In der Zahl von 25.590 Vollkräften sind allerdings auch die Vollkräfte auf Intensivstationen und im Pflegedienst psychiatrischer Stationen enthalten, die nicht unter die Anwendung der PPR fielen. Im Jahr 1991 waren im Pflegedienst psychiatrischer Abteilungen der allgemeinen Krankenhäuser 14.844 Vollkräfte beschäftigt, im Jahr 1995 waren es 17.209 und somit 2.365 mehr. Da die Krankenhausstatistik keine Angaben zur Zahl der Pflegekräfte auf Intensivstationen macht, kann der Anteil dieses Bereiches am Personalzuwachs nur grob geschätzt werden. Im Zeitraum von 1992 bis 1995 wurde die Zahl der Intensivbetten in Allgemeinkrankenhäusern um 1.279 oder 6,4 % von 20.051 auf 21.330 erhöht. Es ist davon auszugehen, dass diese Ausweitung der Versorgungskapazitäten auch mit einem Personalszuwachs im Pflegedienst dieses Bereiches mindestens im gleichen Umfang verbunden war. Geht man von einer ungefähren Anhaltszahl von zwei Vollzeitstellen für ein durchschnittlich belegtes Intensivbett aus, so ergibt dies für die zusätzlichen Intensivbetten ca. 2.500 zusätzliche Vollzeitstellen auf Intensivstationen auf Grund der erhöhten Bettenzahlen.

Somit verbleiben von den in der Krankenhausstatistik ausgewiesenen 25.590 zusätzlichen Stellen nach Abzug der 2.365 zusätzlichen Vollzeitstellen für psychiatrische Abteilungen und 2.500 Stellen auf Intensivstationen ca. 21.000 Stellen, die vermutlich auf Grundlage der PPR für Normalstationen geschaffen wurden. Damit wurde das ursprüngliche Ziel von 26.000 zusätzlichen Vollkräften um ca. 5.000 Stellen oder 19 % verfehlt.

Dennoch aber bewirkte die PPR eine deutliche Entlastung im Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser. Für die ca. 25.600 insgesamt und nicht nur auf Grund der PPR geschaffenen

---

<sup>19</sup> vgl. hierzu die Ausführungen in der amtlichen Begründung des Gesetzentwurfes (BT-Drs. 12/3608: 71).

<sup>20</sup> Der Beginn des Vergleichs im Jahr 1991 ist insofern sinnvoll, als damit im Vorgriff auf die PPR möglicherweise für das Jahr 1992 bereits vereinbarte zusätzliche Stellen erfasst werden.

neuen Vollzeitstellen wurden ca. 40.000 neue Pflegekräfte eingestellt, darunter fast ausschließlich nur dreijährig ausgebildete Pflegekräfte (Tab. 11). Ihr Anteil am Pflegepersonal insgesamt stieg von 84 % auf ca. 85,8 % und der Anteil der Pflegekräfte mit nur einjähriger oder ohne Pflegeausbildung sank von 16 % auf 14,2 % (Tab. 13).

Die erhebliche Differenz zwischen der Zahl der zusätzlichen Vollzeitstellen (25.590) und der zusätzlichen Beschäftigten (40.277) weist darauf hin, dass der Zuwachs vor allem durch Teilzeitbeschäftigte erfolgte. Von den 40.277 zusätzlichen Beschäftigten waren denn auch 29.405 Teilzeitbeschäftigte (Tab. 14). Die Krankenhausstatistik bietet keine Informationen darüber, ob diese Entwicklung den Wünschen der Beschäftigten entsprach oder darauf zurückzuführen ist, dass die Krankenhäuser überwiegend nur noch Teilzeitstellen zur Besetzung ausschrieben. Es erscheint aber sehr wahrscheinlich, dass diese Entwicklung in der ersten Hälfte der 1990er Jahre primär Ergebnis von Arbeitszeitwünschen der Beschäftigten war.

Der Ende der 1980er Jahre diskutierte ‚Pflegenotstand‘ war vor allem Folge eines Arbeitskräftemangels und nicht eines Arbeitsplatzmangels bei gleichzeitigem Überangebot an Arbeitskräften. Der Arbeitskräftemangel wiederum war vor allem Folge einer seit Jahren steigenden Belastung, eines vermehrten Berufsausstiegs von Frauen sowie zunehmender Probleme bei der Nachwuchsgewinnung (Alber 1990; Bartholomeyczik 1987, 1993). Die Maßnahmen zur Behebung des Pflegenotstandes sollten auch dazu dienen, das Ansehen des Pflegeberufes zu heben und ihn für Schulabgänger attraktiver zu machen (Lippert/Mohr/Pauls 1991). Da eine Erhöhung des Arbeitskräfteangebots über die vermehrte Ausbildung von Krankenpflegekräften auf Grund der dreijährigen Ausbildungsdauer nur mittelfristig erreicht werden kann, musste bei der Besetzung neuer Stellen zunächst vermutlich in starkem Maße auf Berufsrückkehrerinnen zurückgegriffen werden. Bei ihnen handelte es sich zumeist um Frauen nach einer mehrjährigen Familienphase, die – sofern sie noch kleine Kinder zu betreuen hatten – für eine Vollzeitbeschäftigung vielfach nicht zur Verfügung standen, sondern nur eine Teilzeitbeschäftigung suchten. Vor diesem Hintergrund erscheint es sehr wahrscheinlich, dass die Ausweitung der Teilzeitbeschäftigung den Arbeitszeitwünschen der Beschäftigten entsprach.

**Tabelle 11: Vollkräfte und Beschäftigte im Pflegedienst der Allgemeinkrankenhäuser**

	Vollkräfte	Beschäftigte	davon			
			Kranken- schwestern/ -pfleger	Kinder- kranken- schwestern/ -pfleger	Kranken- pflegehelfer/ -innen	Pflege- personen o. Ausbildung
<b>1991</b>	296.518	355.193	259.085	39.340	26.876	29.892
<b>1992</b>	303.990	367.923	271.085	39.058	27.708	30.072
<b>1993</b>	306.127	374.651	278.872	39.483	27.265	29.031
<b>1994</b>	313.359	383.330	286.736	40.364	26.949	29.281
<b>1995</b>	322.108	395.470	297.508	40.677	27.371	29.914
<b>1996</b>	322.418	395.733	299.843	41.457	25.435	28.998
<b>1997</b>	316.253	390.800	301.002	40.766	23.329	25.703
<b>1998</b>	313.280	390.001	302.969	40.708	22.169	24.155
<b>1999</b>	311.085	387.074	302.935	40.176	21.116	22.847
<b>2000</b>	308.139	385.126	303.453	39.888	20.063	21.722
<b>2001</b>	307.309	386.789	306.190	40.143	19.640	20.816
<b>2002</b>	299.512	382.899	304.222	40.259	18.790	19.628
<b>2003</b>	293.020	375.170	299.371	39.528	17.932	18.339
<b>2004</b>	282.890	363.678	292.038	38.610	16.368	16.662
<b>2005</b>	278.118	362.804	291.608	38.120	16.017	17.059
<b>1991-1995</b>	25.590	40.277	38.423	1.337	495	22
<i>in %</i>	8,6	11,3	14,8	3,4	1,8	0,1
<b>1995-2000</b>	-13.969	-10.344	5.945	-789	-7.308	-8.192
<i>in %</i>	-4,3	-2,6	2,0	-1,9	-26,7	-27,4
<b>2000-2005</b>	-30.021	-22.322	-11.845	-1.768	-4.046	-4.663
<i>in %</i>	-9,7	-5,8	-3,9	-4,4	-20,2	-21,5
<b>1995-2005</b>	-43.990	-32.666	-5.900	-2.557	-11.354	-12.855
<i>in %</i>	-13,7	-8,3	-2,0	-6,3	-41,5	-43,0
<b>1991-2005</b>	-18.400	7.611	32.523	-1.220	-10.859	-12.833
<i>in %</i>	-6,2	2,1	12,6	-3,1	-40,4	-42,9

Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen.

**Tabelle 12:** Vollkräfte und Beschäftigte im Pflegedienst der Allgemeinkrankenhäuser. Veränderung gegenüber dem Vorjahr

	Vollkräfte	Beschäftigte insgesamt	davon			
			Kranken- schwestern/ -pfleger	Kinder- kranken- schwestern/ -pfleger	Kranken- pflegehelfer/ -innen	Pflege- personen o. Ausbildung
1992	7.472	12.730	12.000	-282	832	180
1993	2.137	6.728	7.787	425	-443	-1.041
1994	7.232	8.679	7.864	881	-316	250
1995	8.749	12.140	10.772	313	422	633
1996	310	263	2.335	780	-1.936	-916
1997	-6.165	-4.933	1.159	-691	-2.106	-3.295
1998	-2.973	-799	1.967	-58	-1.160	-1.548
1999	-2.195	-2.927	-34	-532	-1.053	-1.308
2000	-2.946	-1.948	518	-288	-1.053	-1.125
2001	-830	1.663	2.737	255	-423	-906
2002	-7.797	-3.890	-1.968	116	-850	-1.188
2003	-6.492	-7.729	-4.851	-731	-858	-1.289
2004	-10.130	-11.492	-7.333	-918	-1.564	-1.677
2005	-4.772	-874	-430	-490	-351	397

Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen.

**Tabelle 13:** Pflegepersonal nach Berufsausbildung. Anteile in Prozent

	Kranken- schwestern/ -pfleger	Kinder- kranken- schwestern/ -pfleger	Kranken- pflege- helfer/ -innen	Pflege- personen o. Ausbildung
1991	72,9	11,1	7,6	8,4
1992	73,7	10,6	7,5	8,2
1993	74,4	10,5	7,3	7,7
1994	74,8	10,5	7,0	7,6
1995	75,2	10,3	6,9	7,6
1996	75,8	10,5	6,4	7,3
1997	77,0	10,4	6,0	6,6
1998	77,7	10,4	5,7	6,2
1999	78,3	10,4	5,5	5,9
2000	78,8	10,4	5,2	5,6
2001	79,2	10,4	5,1	5,4
2002	79,5	10,5	4,9	5,1
2003	79,8	10,5	4,8	4,9
2004	80,3	10,6	4,5	4,6
2005	80,4	10,5	4,4	4,7

Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen.

**Tabelle 14:** Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte im Pflegedienst der Allgemeinkrankenhäuser

	Beschäftigte	davon	
	insgesamt	Vollzeit	Teilzeit
<b>1991</b>	355.193	258.243	96.950
<b>1992</b>	367.923	261.992	105.931
<b>1993</b>	374.651	261.213	113.438
<b>1994</b>	383.330	263.140	120.190
<b>1995</b>	395.470	269.115	126.355
<b>1996</b>	395.733	263.711	132.022
<b>1997</b>	390.800	257.563	133.237
<b>1998</b>	390.001	254.014	135.987
<b>1999</b>	387.074	249.788	137 286
<b>2000</b>	385.126	243.996	141 130
<b>2001</b>	386.789	239.353	147.436
<b>2002</b>	382.899	230.708	152.191
<b>2003</b>	375.170	218.824	156.346
<b>2004</b>	363.678	204.274	159.404
<b>2005</b>	362.804	198.079	164.725
<b>1991-1995</b>	40.277	10.872	29.405
<i>in %</i>	11,3	4,2	30,3
<b>1995-2000</b>	-10.344	-25.119	14.775
<i>in %</i>	-2,6	-9,3	11,7
<b>2000-2005</b>	-22.322	-45.917	23.595
<i>in %</i>	-5,8	-18,8	16,7
<b>1995-2005</b>	-32.666	-71.036	38.370
<i>in %</i>	-8,3	-26,4	30,4
<b>1991-2005</b>	7.611	-60.164	67.775
<i>in %</i>	2,1	-23,3	69,9

Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen.



**Tabelle 15:** Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte im Pflegedienst der Allgemeinkrankenhäuser. Veränderung gegenüber dem Vorjahr

	Beschäftigte		
	insgesamt	davon	
		Vollzeit	Teilzeit
1992	12.730	3.749	8.981
1993	6.728	-779	7.507
1994	8.679	1.927	6.752
1995	12.140	5.975	6.165
1996	263	-5.404	5.667
1997	-4.933	-6.148	1.215
1998	-799	-3.549	2.750
1999	-2.927	-4.226	1.299
2000	-1.948	-5.792	3.844
2001	1.663	-4.643	6.306
2002	-3.890	-8.645	4.755
2003	-7.729	-11.884	4.155
2004	-11.492	-14.550	3.058
2005	-874	-6.195	5.321

Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen.

**Tabelle 16:** Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigung im Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser. Anteile in Prozent der Beschäftigten im Pflegedienst insgesamt

	Vollzeit- beschäftigte	Teilzeit- beschäftigte
1991	72,7	27,3
1992	71,2	28,8
1993	69,7	30,3
1994	68,6	31,4
1995	68,0	32,0
1996	66,6	33,4
1997	65,9	34,1
1998	65,1	34,9
1999	64,5	35,5
2000	63,4	36,6
2001	61,9	38,1
2002	60,3	39,7
2003	58,3	41,7
2004	56,2	43,8
2005	54,6	45,4

Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen.

## 7.2 1995-2000: Aufhebung der PPR und beginnender Stellenabbau

Auf Grund der Darstellung der GKV-Spitzenverbände, dass die Zielzahl von 26.000 Stellen bereits im Jahr 1995 erreicht worden sei, erfolgte zunächst die Aussetzung der PPR für das Jahr 1996 und kurz darauf ihre Aufhebung (Simon 1995). Als die PPR 1997 als gesetzliche

Regelung ersatzlos gestrichen wurde, entfiel nicht nur eine Obergrenze, sondern auch eine Untergrenze. Es gab nun keinerlei Regeln mehr für die Berechnung einer angemessenen Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser, und damit war der Weg frei für einen bis heute anhaltenden Personalabbau im Pflegedienst. Allein in den Jahren 1996 bis 2000 wurden mit ca. 14.000 Vollkräften zwei Drittel der zuvor durch die PPR neu geschaffenen Stellen wieder abgebaut.

Die Bedeutung der ersatzlosen Streichung der Pflege-Personalregelung wäre falsch eingeschätzt, wenn in der PPR in erster Linie ein Instrument zur Begrenzung der Arbeitsbelastung in der Pflege gesehen würde. Die PPR sollte vor allem der Qualitätssicherung dienen. In der amtlichen Begründung der PPR wurde dies eindeutig klargestellt: „Ihre Bedeutung als Instrument zur Pflegesatzfindung wird abnehmen, ihre Bedeutung als Instrument zur Qualitätssicherung wird zunehmen (...) Ziel der Regelung ist, die Voraussetzungen zu verbessern, unter denen Krankenpflege stattfindet“ (BT-Drs. 12/3608: 145).

Langfristig sollte die PPR dazu dienen, die Qualität der Patientenversorgung angesichts eines steigenden ökonomischen Drucks auf Krankenhäuser zu sichern, indem ein Regelwerk vorgegeben wurde, nach dem die Personalbesetzung vorzunehmen ist. Unter den Bedingungen einer Budgetdeckelung hieß dies: Die Vorgabe einer personellen Mindestbesetzung, die von den Krankenkassen zu finanzieren war und die von den Krankenhäusern nicht unterschritten werden sollte. Ohne eine solche Untergrenze muss damit gerechnet werden, dass Kliniken ihr Personal immer weiter abbauen, um dadurch ihr wirtschaftliches Überleben zu sichern oder Kostenvorteile gegenüber Wettbewerbern zu erreichen. Damit war die PPR auch und vor allem ein Ansatz, mit dem verhindert werden sollte, dass sich steigender ökonomischer Druck auf Krankenhäuser – vermittelt über eine fortschreitende Verschlechterung der Personalbesetzung – negativ auf die Qualität der Patientenversorgung auswirkt. Dieser Aspekt ist der Diskussion über die Bedeutung und Wirkungen der PPR weitgehend übersehen oder vernachlässigt worden. In der PPR wurde vielmehr allein ein Instrument gesehen, mit dem Krankenhäuser ihren Personalbestand ausweiten können. Der Zusammenhang zur Versorgungsqualität geriet entweder überhaupt nicht in den Blick oder schied aus dem Blick. Ob und dem Blickgeber bei der Verabschiedung der PPR im Jahr 1992 die Notwendigkeit zu einer deutlichen Erhöhung der Personalausstattung des Pflegedienstes ausdrücklich betont hatte und für dringend geboten hielt, erfolgte angesichts des einsetzenden und anhaltenden Stellenabbaus keinerlei Intervention von politischer oder staatlicher Seite, um diese Entwicklung zu stoppen. Sofern diese Entwicklung von Seiten des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) oder der Politik wahrgenommen wurde, räumte man dem Ziel der Ausgabenentlastung der Krankenkassen offensichtlich Vorrang ein. Es darf aber wohl bezweifelt werden, dass diese Entwicklung überhaupt wahrgenommen wurde und überhaupt ein Interesse an der Beobachtung derartiger Entwicklungen bestand. Eine solche Annahme kann beispielsweise daraus abgeleitet werden, dass das BMG zu einer Begleitforschung über die Auswirkungen des 1996 eingeführten neuen Entgeltsystems nur durch die Drohung der Bundesratsmehrheit gezwungen werden konnte, andernfalls die Zustimmung zum neuen Entgeltsystem zu verwei-

gern. In der laufenden Begleitforschung verweigerte das Ministerium dann auch die Finanzierung einer Evaluation der Auswirkungen des neuen Entgeltsystems auf die Versorgungsqualität und beendete die Untersuchung vorzeitig (vgl. DKI 1999: 15).<sup>21</sup>

### **7.3 2000-2005: Forcierter Stellenabbau zur Vorbereitung auf das DRG-System**

Der 1996 einsetzende Stellenabbau wurde nach dem Jahr 2000 weitergeführt und kurz vor Einführung des DRG-Systems erheblich forciert. Nachdem im Jahr 2002 ca. 7.800 und im Jahr 2003 ca. 6.500 Vollzeitstellen gestrichen worden waren, erreichte der Stellenabbau im Jahr 2004 mit 10.130 Vollzeitstellen seinen Höhepunkt. Insgesamt wurden zwischen 2000 und 2005 ca. 30.000 Vollzeitstellen im Pflegedienst abgebaut und die Zahl der Beschäftigten wurde um ca. 22.300 reduziert (Tab. 11, 12). Damit war der Stellen- und Personalabbau mehr als doppelt so hoch wie im Zeitraum 1995-2000. Relativ zum jeweiligen Ausgangswert wurde die Zahl der Vollzeitstellen 1995-2000 um 4,3 % und 2000-2005 um 9,7 % reduziert und die der Beschäftigten um 2,6 % bzw. 5,8 %. Dabei fallen vor allem drei Entwicklungen auf:

- Allein im Jahr 2004 wurde die Zahl der Vollzeitstellen um ca. 10.000 und die der Beschäftigten um ca. 11.500 reduziert. Damit entfiel allein auf dieses Jahr ein Drittel des Stellenabbaus und etwas mehr als die Hälfte des Personalabbaus zwischen 2000 und 2005 (Tab. 15).
- Es wurden in erheblichem und bis dahin nicht gekanntem Ausmaß Vollzeitstellen in Teilzeitstellen umgewandelt. Auch dabei sind insbesondere die Jahre 2003 und 2004 auffällig (Tab. 15). Waren zwischen 1995 und 2000 insgesamt ca. 25.000 Vollzeitstellen abgebaut worden, so lag deren Zahl im Zeitraum 2000-2005 bei ca. 46.000. Davon wurde ungefähr die Hälfte gestrichen und die andere Hälfte in Teilzeitstellen umgewandelt, der weit überwiegende Teil (26.400 oder ca. 60 %) wiederum in den beiden Jahren 2003 und 2004.
- Der stärkste Personalabbau erfolgte nicht bei den dreijährig ausgebildeten Pflegekräften, sondern bei den Krankenpflegehelferinnen mit einjähriger Ausbildung und beim Personal ohne Pflegeausbildung (Tab. 11).

Wie bereits erwähnt, kann die Umwandlung von Vollzeitstellen in Teilzeitstellen entweder auf Wunsch der betreffenden Beschäftigten erfolgen oder als Managementstrategie der Flexibilisierung des Personaleinsatzes und Senkung von Personalkosten. In welchem Umfang zwischen 2000 und 2005 die Umwandlung von Vollzeitstellen im Pflegedienst auf Wunsch von Beschäftigten oder als Strategie der Kostensenkung erfolgte, ist nicht genau zu bestimmen. Allerdings gaben Krankenhausleitungen in einer Befragung des Deutschen Krankenhausinstituts an, dass die Umwandlung beispielsweise im Jahr 2000 wesentlich mit dem Ziel einer größeren Flexibilisierung des Personaleinsatzes erfolgte (DKI 2000: 4). Es kann vor dem Hin-

---

<sup>21</sup> Zudem strich das Ministerium eine vorgesehen Expertenbefragung. Offensichtlich war man dort nicht nur nicht an Daten über die Auswirkungen interessiert, es wurde sogar interveniert, um im Forschungsauftrag vorgesehene Datenerhebungen zu verhindern (DKI 1999: 14f.).

tergrund dieser und weiterer Umfragen des DKI sowie der Diskussion in der Krankenhausmanagementliteratur wohl davon ausgegangen werden, dass die Umwandlung – im Unterschied zur ersten Hälfte der 1990er Jahre – mittlerweile vor allem der Personalkostensenkung dient.

Diese Zahlen legen die Vermutung nahe, dass in Krankenhäusern, deren Basisfallwerte in den Jahren 2003 und 2004 über den erwarteten beziehungsweise vereinbarten Landesbasisfallwerten lagen, Personalkostenreduzierungen vor allem zu Lasten des Pflegedienstes vorgenommen wurden. Die zeitliche Übereinstimmung mit den Phasen der Einführung des DRG-Systems legen die Annahmen nahe, dass der Personalabbau in diesen Jahren in erster Linie dem DRG-System zuzuschreiben ist.

Zwar scheint der Personalabbau, nicht nur im Pflegedienst, im Jahr 2005 abgeschwächt worden zu sein. Aus den bereits genannten Gründen sollte dies aber nicht vorschnell als erstes Anzeichen einer Erholung oder gar eines gegenläufigen Trends gedeutet werden. Bislang sind keine ernstzunehmenden Anzeichen einer Wende der Entwicklung erkennbar. Im Gegenteil. Zum einen wurde auch 2006 weiter Personal abgebaut, zum anderen blieb die für die Höhe der Krankenhausbudgets weiterhin maßgebliche Veränderungsrate der Einnahmen der Krankenkassenmitglieder weiterhin sehr niedrig. Für das Jahr 2007 liegt die Veränderungsrate für Westdeutschland bei 0,28 % und für Ostdeutschland bei 1,05 %. Dies wird in vielen Krankenhäusern nicht reichen, um sowohl die Mehrkosten durch die Mehrwertsteuererhöhung, den neuen Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst und andere gesetzlich bedingte Kostensteigerungen auszugleichen (DKG 2007a). Hinzu kommen noch die Personalkostensteigerungen im ärztlichen Dienst als Folge des erfolgreichen Ärztestreiks im Jahr 2006 und der Vereinbarung eines gesonderten Ärztetarifvertrages. Darüber hinaus enthält das zum 1.4.2007 in Kraft getretene GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) eine erneute pauschale Kürzung der Krankenhausbudgets zur Entlastung der Krankenkassen für die Jahre 2007 und 2008, diesmal in Höhe von 0,5 % Vergütungen (Art. 9 GKV-WSG).

Die Budgetkürzungen müssen ebenso wie die Mehrausgaben insbesondere für den ärztlichen Dienst durch Einsparungen an anderen Stellen ausgeglichen werden, da sie nicht von den Krankenkassen erstattet werden. Es kann wohl davon ausgegangen werden, dass dies vor allem zu Lasten des Pflegedienstes erfolgt ist und gegenwärtig weiter erfolgt.<sup>22</sup>

## **7.4 1991-2005: Eine Zusammenfassung**

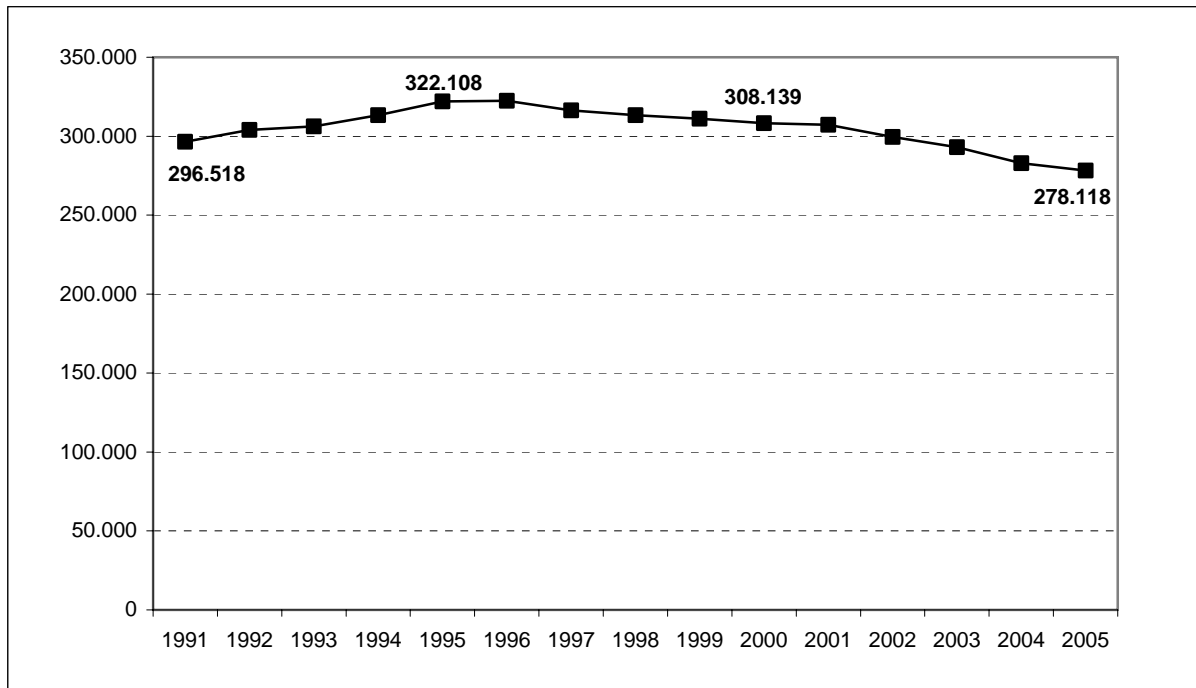
Für den gesamten Zeitraum 1991-2005 können nun zusammenfassend folgende Entwicklungen festgehalten werden:

---

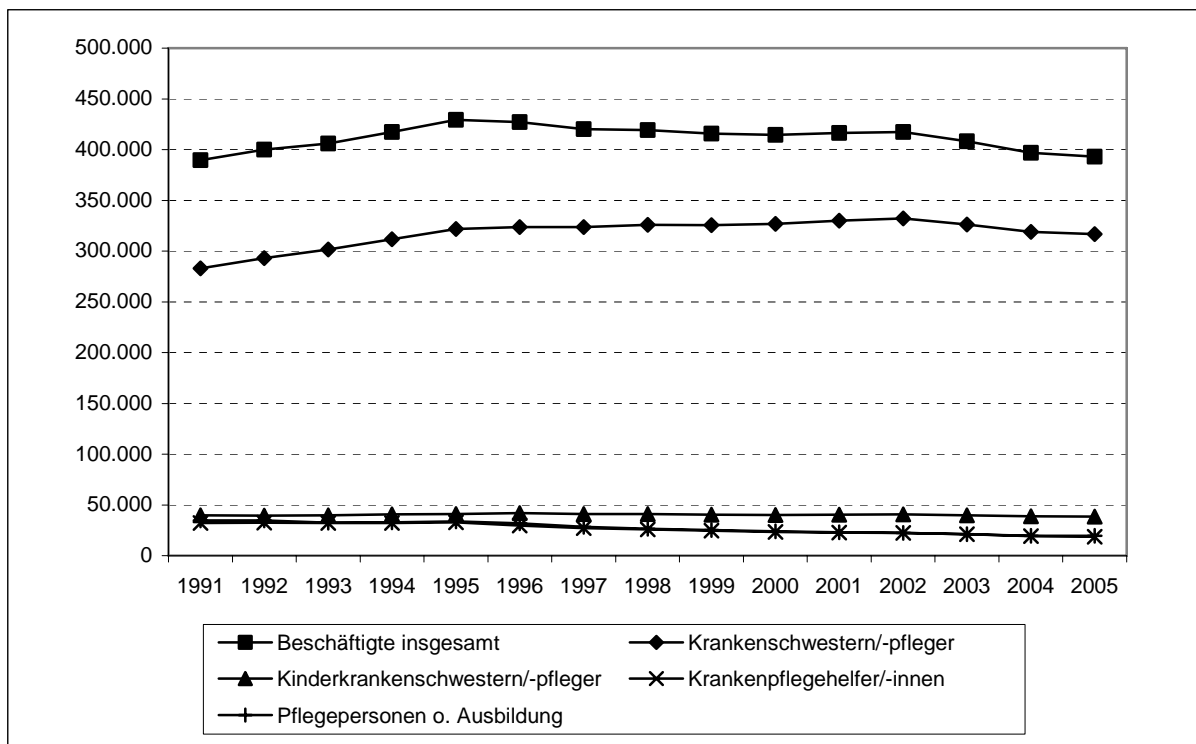
<sup>22</sup> Dass die wirtschaftlichen Probleme zahlreicher Kliniken anhielten und sich teilweise auch verschärften und dass weiterhin Personal abgebaut wurde, belegen die in den letzten Jahren erschienen zahlreichen Zeitungsmeldungen vor allem regionaler Zeitungen bzw. der Lokalteile überregionaler Zeitungen, die in elektronischen Newsletters und bundesweiten Presseschauen zusammengestellt wurden (AOK-Bundesverband lfd. Jge.; MedInfoWeb lfd. Jge.; myDRG lfd. Jge.).

- Auf Grundlage der Pflege-Personalregelung (PPR) erfolgte bis einschließlich 1995 ein deutlicher Stellen- und Personalzuwachs. Allerdings wurden lediglich ca. 21.000 zusätzliche Stellen geschaffen und nicht die vom Gesetzgeber angestrebten 26.000. Damit wurde die Zielgröße des Gesundheitsstrukturgesetzes um 5.000 Vollzeitstellen oder 19 % verfehlt.
- Mit Aufhebung der PPR setzte ein Abbau der Vollzeitstellen und Beschäftigten im Pflegedienst ein. Innerhalb weniger Jahre waren zwei Drittel der auf Grundlage der PPR geschaffenen Stellen bereits wieder abgebaut.
- Im Zeitraum 1995 bis 2005 wurden im Pflegedienst insgesamt ca. 44.000 oder knapp 14 % der Vollkräfte abgebaut und 32.700 oder 8,3 % der Beschäftigten (Tab. 11; Abb. 4). Der Abbau der Beschäftigtenzahl erfolgte weit überwiegend in den Jahren 2000-2005 (ca. 22.000).
- Seit dem Jahr 2003 liegt die personelle Besetzung des Pflegedienstes sogar noch unter dem Ausgangswert von 1991. Dieser Ausgangswert galt – bei einer deutlich niedrigeren Fallzahl als im Jahr 2005 – als Unterbesetzung, die Anlass für eine Intervention des Gesetzgebers war (PPR).
- Innerhalb des Pflegedienstes wurde vor allem gering qualifiziertes Personal reduziert. Die Zahl Krankenpflegehelferinnen und -helfer (Beschäftigte) wurde um 11.354 und die der Pflegekräfte ohne Ausbildung um 12.855 verringert (Tab. 11). Auf diese beiden Beschäftigtengruppen entfiel ca. 75 % des gesamten Personalabbaus im Pflegedienst.
- Nachdem die Zahl der dreijährig ausgebildeten Krankenschwestern und -pfleger bis 2001 angestiegen war, setzte mit dem Jahr 2002 erstmals im Betrachtungszeitraum und vermutlich auch erstmals seit Jahrzehnten ein Personalabbau auch im Bereich der dreijährig ausgebildeten Pflegekräfte ein (Tab. 11, 12; Abb. 4). Dies dürfte zweifellos den Auswirkung des DRG-Systems zuzuordnen sein. Das Fallpauschalengesetz 2002 war in Kraft getreten, es musste zwar noch nicht mit DRG-Fallpauschalen abgerechnet werden, aber es kursierten bereits die ersten Prognosen für zukünftige Durchschnittsbasisfallwerte und die Krankenhäuser bereiteten sich bereits auf die ‚Scharfschaltung‘ des DRG-Systems im Jahr 2005 vor.
- Eine weitere bemerkenswerte Entwicklung ist der über den gesamten Betrachtungszeitraum steigende Anteil der Teilzeitbeschäftigten im Pflegedienst. Auch hierbei ist eine Zunahme in den letzten Jahren zu beobachten (Abb. 4). Lag der Anteil der Teilzeitbeschäftigten im Jahr 1991 noch bei 27,3 % und im Jahr 1995 bei 32,0 %, so betrug er 2005 bereits 45,4 % (Tab. 16). Da diese Entwicklung mit hoher Wahrscheinlichkeit auch nach 2005 fortgesetzt wurde, ist Pflege im Krankenhaus dabei, sich zu einem ‚Teilzeitjob‘ zu entwickeln. Wie zuvor herausgearbeitet, dürfte diese Entwicklung in den letzten Jahren nicht mehr primär den Arbeitszeitwünschen der Beschäftigten entsprechen, sondern Managementstrategie zur Flexibilisierung des Arbeitseinsatzes und Reduzierung von Personalkosten sein. Die weit reichenden Konsequenzen dieser Entwicklung sollen an dieser Stelle nicht erörtert werden. Es sei beispielhaft nur auf Probleme der Dienstplangestaltung ver-

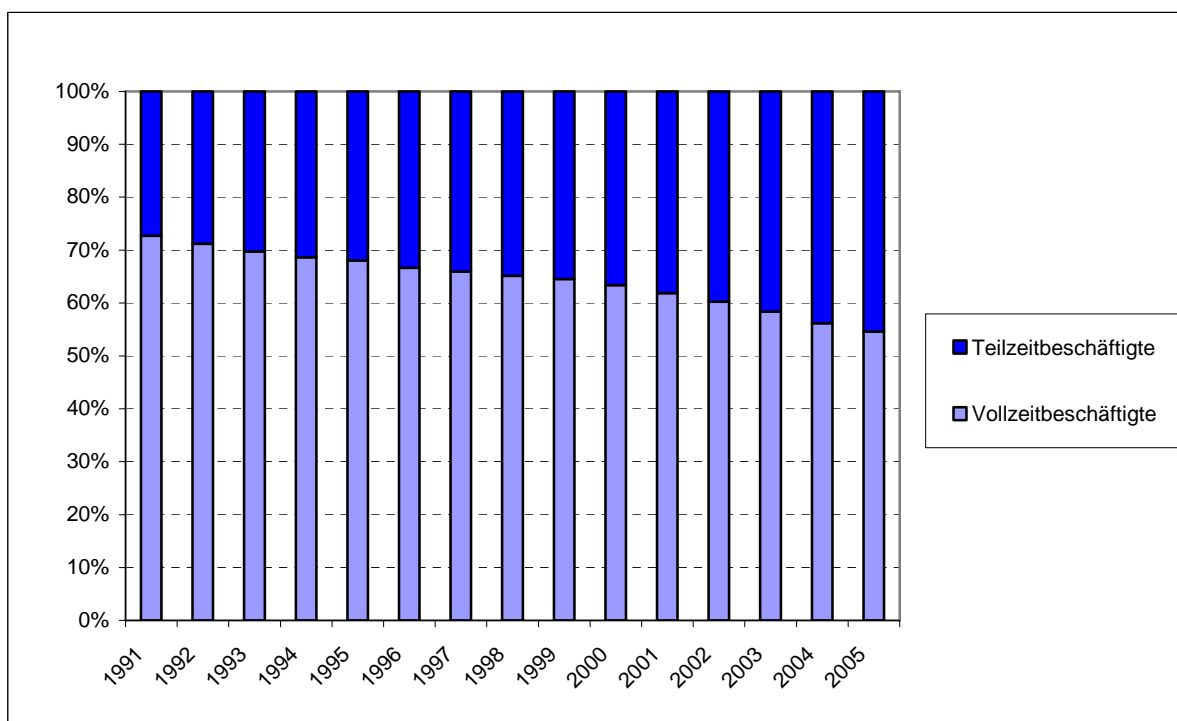
wiesen, die dadurch zunehmend komplizierter wird. Vor allem wirft diese Entwicklung aber die Frage auf, welche Auswirkungen es auf die Versorgungsqualität hat, wenn durch den zunehmend häufigeren Wechsel des betreuenden Personals zunehmend mehr Schnittstellen entstehen, unter anderem auch in der Informationsweitergabe. Nicht zuletzt führt eine solche Entwicklung dazu, dass zunehmend mehr Pflegekräfte mit einer Beschäftigung im Krankenhaus ihre wirtschaftliche Existenz nicht mehr sichern können und darauf angewiesen sind, Nebentätigkeiten anzunehmen (beispielsweise in der ambulanten Pflege).



**Abbildung 4:** Vollkräfte im Pflegedienst der Allgemeinkrankenhäuser. *Quelle:* Statistisches Bundesamt.



**Abbildung 5:** Beschäftigte im Pflegedienst der Allgemeinkrankenhäuser. *Quelle:* Statistisches Bundesamt.



**Abbildung 6:** Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte im Pflegedienst der Allgemeinkrankenhäuser. Anteile in Prozent. *Quelle:* Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen.

## **8 Ursachen des Stellenabbaus im Pflegedienst: Budgetdeckelung, DRG-System und interne Umverteilung zu Gunsten des ärztlichen Dienstes**

Wie die Analyse der Krankenhausstatistik gezeigt hat, waren die verschiedenen Berufsgruppen und Dienstarten in sehr unterschiedlichem Maße von der Verschlechterung der ökonomischen Rahmenbedingungen für Krankenhäuser betroffen. Im Reinigungs-, Wirtschafts- und Versorgungsdienst wurden Stellen in erheblichem Umfang abgebaut, vor allem durch Outsourcing oder Ausgründung in gemeinsam mit privaten Dienstleistern betriebene Servicegesellschaften. Im Rahmen des Outsourcing oder der Ausgründung eines Bereiches verloren die dort beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Regel ihren Arbeitsplatz im Krankenhaus und wurden in ein neues Arbeitsverhältnis ‚übergeleitet‘, häufig mit geringerer Entlohnung und schlechteren sonstigen Arbeitsbedingungen.

Der Pflegedienst wurde zunächst bis 1995 auf Grund der gesetzlich vorgegebenen Pflege-Personalregelung aufgestockt. Seit 1996 unterliegt er ebenfalls einem Stellenabbau, der dazu geführt hat, dass innerhalb weniger Jahre die durch die PPR geschaffenen Stellen wieder abgebaut waren und die Gesamtzahl der Vollkräfte im Pflegedienst der Allgemeinkrankenhäuser mittlerweile sogar unter dem Wert des Jahres 1991 liegt. Insbesondere in den 2003 und 2004 war der Pflegedienst überproportional von Stellenstreichungen betroffen.

Im Unterschied zu den anderen Dienstarten wurde der ärztliche Dienst über den gesamten Zeitraum ausgebaut. Unter den Bedingungen der Budgetdeckelung ließ sich dies nur durch eine Umverteilung von Ressourcen finanzieren. Bei insgesamt knapper werdenden Mitteln können zusätzliche Stellen im ärztlichen Dienst nur durch Kosteneinsparungen in anderen Kostenarten finanziert werden. Wie gezeigt wurde die Stellenplanausweitung im ärztlichen Dienst offensichtlich durch Stellenstreichungen in den nicht-ärztlichen Dienstarten finanziert, in den letzten Jahren vor allem zu Lasten des Pflegedienstes.

Da die Gehälter im ärztlichen Dienst deutlich über denen der übrigen Berufsgruppen im Krankenhaus liegen, führt eine Ausweitung des Stellenplans im ärztlichen Dienst auch zu einer überproportionalen Ausweitung des Anteils der Personalkosten des ärztlichen Dienstes an den Gesamtpersonalkosten (Tab. 17).<sup>23</sup> Wird unter den Bedingungen eines gegebenen Gesamtbudgets eine neue Stelle im ärztlichen Dienst eingerichtet, ohne dass das Krankenhaus dafür zusätzliche externe Mittel erhält, muss zur Refinanzierung mehr als eine Vollkraftstelle in einer anderen Berufsgruppe entfallen. Dies wird auch an einem Vergleich der Entwicklung der Zahl der Vollkräfte und der Personalkosten des ärztlichen Dienstes deutlich. Zwischen 1996 und 2001 stieg die Zahl der Vollkräfte im ärztlichen Dienst um 5,7 % und die Personal-

---

<sup>23</sup> Auf Grund einer Umstellung der Kostenrechnungssystematik in der Krankenhausstatistik sind die Werte der Jahre bis 2001 nicht ohne Weiteres mit denen der Jahre ab 2002 vergleichbar (StBA 2007b). Beispielsweise werden die Kosten der Ambulanzen und für Forschung und Lehre in beiden Zeiträumen unterschiedlich erfasst und zugerechnet. Aus diesem Grund wird hier nur die Entwicklung innerhalb der beiden Zeiträume dargestellt, nicht übergreifend von 1996 bis 2005.



kosten nahmen um 7,7 % zu. Zwischen 2001 und 2005 stieg die Zahl der Vollkräfte um 8,2 % und die Personalkosten nahmen um 9,4 % zu.

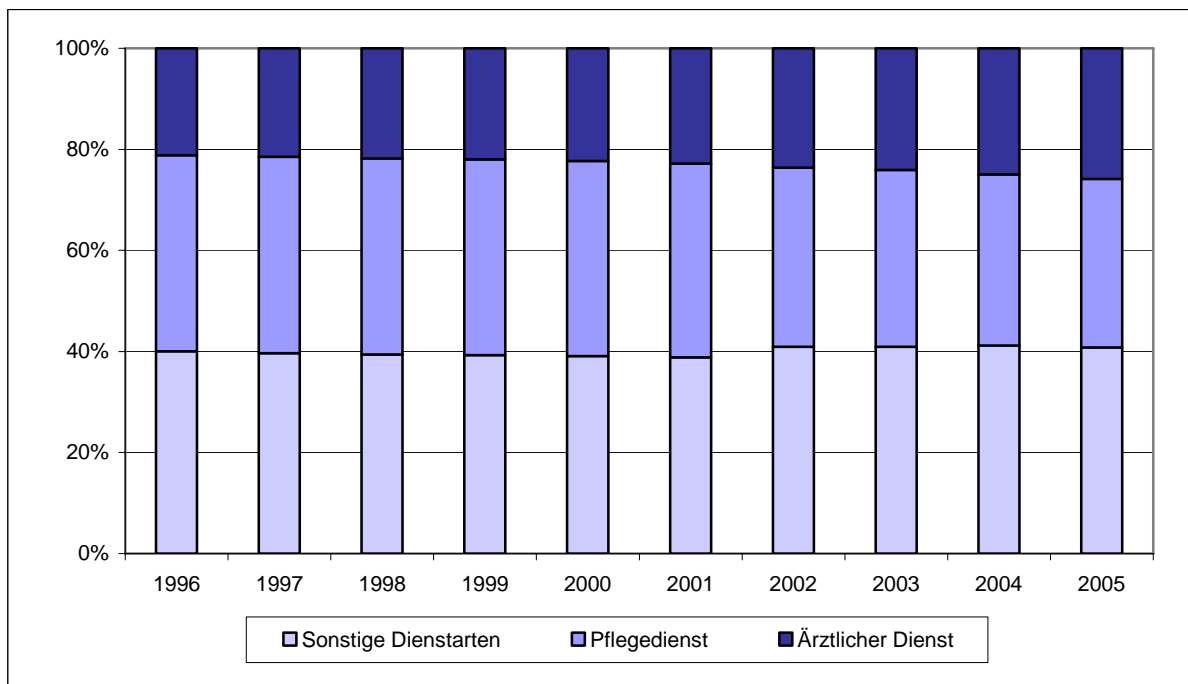
**Tabelle 17:** Personalkosten der Allgemeinkrankenhäuser.

	Personalkosten	Ärztlicher Dienst		Pflegedienst		Sonstige Dienstarten	
	insgesamt	in % der		in % der		in % der	
	in 1.000 Euro	in 1.000 Euro	Personal-kosten insgesamt	in 1.000 Euro	Personal-kosten insgesamt	in 1.000 Euro	Personal-kosten insgesamt
<b>1996</b>	31.507.827	6.664.341	21,151	12.218.400	38,779	12.625.086	40,070
<b>1997</b>	31.631.122	6.795.871	21,485	12.291.288	38,858	12.543.963	39,657
<b>1998</b>	32.050.754	6.988.866	21,806	12.430.281	38,783	12.631.608	39,411
<b>1999</b>	32.790.984	7.213.512	21,998	12.690.364	38,701	12.887.108	39,301
<b>2000</b>	33.215.169	7.413.730	22,320	12.806.303	38,556	12.995.135	39,124
<b>2001</b>	33.835.489	7.709.966	22,787	12.972.426	38,340	13.153.098	38,874
<b>1996-2001</b>	2.327.662	1.045.624		754.026		528.012	
<b>2002<sup>1</sup></b>	37.057.789	8.766.814	23,657	13.110.581	35,379	15.180.394	40,964
<b>2003</b>	37.845.656	9.116.667	24,089	13.229.869	34,957	15.499.120	40,953
<b>2004</b>	38.300.133	9.550.893	24,937	12.977.803	33,884	15.771.437	41,179
<b>2005</b>	38.588.524	9.987.273	25,881	12.862.573	33,333	15.738.679	40,786
<b>2002-2005</b>	1.530.735	1.220.459		-248.009		558.285	
<b>Veränderung in %</b>							
<b>1996-2001</b>	7,4	15,7	7,7	6,2	-1,1	4,2	-3,0
<b>2002-2005</b>	4,1	13,9	9,4	-1,9	-5,8	3,7	-0,4
<b>Durchschnittliche jährliche Veränderung in %</b>							
<b>1996-2001</b>	1,5	3,1		1,2		0,8	
<b>2002-2005</b>	0,8	2,8		-0,4		0,7	

1) Auf Grund einer Änderung der Kostenrechnungssystematik der Krankenhausstatistik sind die Daten der Jahre bis 2001 und ab 2002 nicht ohne weiteres mit einander vergleichbar (Umstellung vom Nettokostenprinzip auf das Bruttokostenprinzip).

Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen.

Die Umverteilung finanzieller Mittel zu Gunsten des ärztlichen Dienstes wird bei einem Vergleich der Veränderungsraten der Personalkosten insgesamt, des ärztlichen Dienstes und der übrigen Dienstarten deutlich. Während die Gesamt-Personalkosten zwischen 1996 und 2001 um 7,4 % stiegen, lag der Anstieg der Personalkosten des ärztlichen Dienstes bei 15,7 % (Tab. 17). Im Zeitraum 2002-2005 stiegen die Personalkosten insgesamt um 4,1 %, die des ärztlichen Dienstes dagegen um 13,9 %. Der Abstand der Steigerungsrate erhöhte sich somit auf mehr als das Dreifache. Ein Vergleich der durchschnittlichen jährlichen Veränderungsraten der Gesamt-Personalkosten mit den Personalkosten der übrigen Dienstarten zeigt ebenfalls einen überproportionalen Anstieg der Aufwendungen für ärztliches Personal.



**Abbildung 7:** Anteile ausgewählter Berufsgruppen an den Personalkosten der Allgemein-krankenhäuser. *Quelle:* Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen.

Die Umverteilung zu Gunsten des ärztlichen Dienstes hat offensichtlich in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Dies wird an einem Vergleich der Zuwächse der beiden Zeiträume erkennbar. Im Jahr 2001 lagen die Gesamt-Personalkosten um 2,327 Mrd. Euro über denen des Jahres 1996. Von diesem Zuwachs erhielt der ärztliche Dienst 1,045 Mrd. Euro oder 44,9 % (Tab. 17). Im Zeitraum 2002-2005 stiegen die Gesamt-Personalkosten um 1,530 Mrd. Euro. Davon erhielt der ärztliche Dienst 1,220 Mrd. Euro oder 79,7 %. In der graphischen Aufbereitung dieser Entwicklung wird erkennbar, dass die Ausweitung des ärztlichen Dienstes in den letzten Jahren offenbar vor allem zu Lasten des Pflegedienstes erfolgte (Abb. 7).

Bei der Betrachtung der Entwicklung der Personalkosten des ärztlichen Dienstes nach 2003 ist allerdings zu bedenken, dass die Umwandlung der AiP-Stellen in Arztstellen auf Grund einer Änderung der Approbationsordnung für Ärzte erfolgte und durch die Krankenkassen refinanzierbar war. Auch für eine Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen insbesondere für Ärzte waren die Krankenkassen verpflichtet, zusätzliche Mittel zu gewähren. Beides kann jedoch das Volumen des Ressourcenzuwachses für den ärztlichen Dienst nur zu einem Teil erklären.

Die Krankenhausstatistik weist für 2004 insgesamt ca. 10.000 Ärzte im Praktikum in Allgemeinkrankenhäusern aus, die jedoch nicht im Verhältnis 1:1 in Vollkraftstellen des ärztlichen Dienstes umgewandelt wurden. Nach den Daten der Krankenhausstatistik zu urteilen, wurden sie vermutlich in ca. 3.000 Vollzeit-Arztstellen umgewandelt. Legt man durchschnittliche jährliche Bruttopersonalkosten je Vollkraftstelle für Assistenzärzte in Höhe von ca. 70.000 Euro zu Grunde, ergibt die Schaffung von 3.000 zusätzlichen Vollzeit-Arztstellen ein

Finanzierungsvolumen von ca. 210 Mio. Euro.<sup>24</sup> Davon müssen allerdings die bereits in den Personalkosten des ärztlichen Dienstes enthaltenen AiP-Stellen abgezogen werden. Geht man davon aus, dass die Vergütung eines AiP bei ca. einem Drittel des Arzteinstiegsgehaltes lag (Spengler 2006), so verbleiben ca. 140 Mio. Euro jährliche Mehrkosten durch die Umwandlung von AiP-Stellen in 3.000 Arztstellen (210 Mio. abzgl. 70 Mio.). Da die Umwandlung erst zum 1.10.2004 erfolgen musste, kann von diesem auf ein Jahr bezogenen Betrag für 2004 nur maximal ein Viertel oder die Summe von ca. 35 Mio. Euro angesetzt werden. Für die Jahre 2004 und 2005 zusammen ergibt dies ein Volumen von ca. 175 Mio. Euro (2004: 35 Mio.; 2005: 140 Mio.).

Das Volumen der zusätzlichen Mittel für die Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen war laut Gesetz auf 100 Mio. Euro begrenzt und zudem an die Bedingung geknüpft, dass das Krankenhaus eine Vereinbarung mit der Mitarbeitervertretung über Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen vorlegt. Diese Bedingung konnte nicht sofort von allen Krankenhäusern erfüllt werden, so dass erst sukzessive entsprechende zusätzliche Mittel der Krankenkassen flossen.<sup>25</sup>

Von den in den Jahren 2002-2005 für die Personalkosten des ärztlichen Dienstes insgesamt mehr zur Verfügung gestellten ca. 1,2 Mrd. Euro können durch die beiden Gesetzesvorschriften somit nur grob geschätzt ca. 250 Mio. Euro oder ca. 20 % erklärt werden. Die verbleibenden ca. 80 % oder ca. 1 Mrd. Euro wurden anscheinend im Rahmen der internen Umverteilung von Finanzmitteln zu Lasten anderer Kostenarten dem ärztlichen Dienst zugewiesen.

## **8.1 Modellrechnung zur Bedeutung interner Umverteilungen für den Stellenabbau im Pflegedienst**

Auf Grundlage der bisherigen Untersuchung lassen sich somit drei Ursachen des Stellenabbaus im Pflegedienst der Allgemeinkrankenhäuser identifizieren: 1.) Budgetdeckelung, 2.) Umstellung auf das DRG-System und 3.) interne Umverteilungen zur Finanzierung zusätzlicher Arztstellen. Im folgenden soll nun versucht werden, den Anteil der internen Umverteilung am bisherigen Stellenabbau zu bestimmen.

Da die Kostenrechnungssystematik der Krankenhausstatistik der Jahre 1996-2001 und 2002-2005 vom so genannten Netto- auf ein Bruttokostenprinzip umgestellt wurde, sind die

---

<sup>24</sup> Aus den Daten der Krankenhausstatistik ergeben sich durchschnittliche Bruttopersonalkosten je Vollkraft im ärztlichen Dienst in Höhe von 85.000 Euro. Darin sind jedoch auch die Gehälter von Chefarzten, Oberärzten und Fachärzten enthalten. Die Schätzung von ca. 70.000 Euro je Vollkraft eines Assistenzarztes basiert auf der Annahme eines damaligen Einstiegsgehaltes für Ärzte in Höhe von ca. 3.000 Euro schließt auch Bereitschaftsdienst- und Überstundenvergütungen in Höhe von ca. 1.500 Euro sowie so genannte Lohnnebenkosten ein (Arbeitgeberanteil Sozialversicherung etc.).

<sup>25</sup> Laut Umfrage des DKI hatten bis Mitte 2006 erst ca. 40 % der Krankenhäuser neue Arbeitszeitmodelle eingeführt (DKI 2006: 60). Hauptproblem der mangelnden Umsetzung war nach Auskunft der befragten Krankenhausleitungen eine mangelnde Akzeptanz der betroffenen Ärzte, die flexiblere Arbeitszeitmodelle mehrheitlich ablehnten (ebd.: 62). Laut DKG lag die Umsetzungsquote auch Ende 2006 noch bei unter 50 % (DKG 2007d). Die DKI-Umfrage 2007 führte zu vergleichbaren Ergebnissen. Fast drei Viertel der befragten Krankenhausleitungen gaben an, große Schwierigkeiten mit Umsetzung des neuen Arbeitszeitrechts zu haben, insbesondere auch auf Grund mangelnder Akzeptanz neuer Arbeitszeitmodelle unter den Ärzten (DKI 2007b: 68).

beiden Zeiträume nicht uneingeschränkt mit einander vergleichbar. Aus diesem Grund werden beide Zeiträume jeweils getrennt behandelt.

Die nachfolgende Berechnung soll ermitteln, wie viele Stellen im Pflegedienst auf Grund der für die Allgemeinkrankenhäuser insgesamt knapper gewordenen Mittel abgebaut werden mussten. Diese Zahl kann als Stellenabbau interpretiert werden, der durch die Rahmensetzungen des Krankenhausfinanzierungsrechts erforderlich wurde. Hierzu zählen vor allem die Budgetdeckelung und die mehrfach gesetzlich vorgegebenen pauschalen Budgetkürzungen. Bis Ende 2004 kann das DRG-System nur indirekt hierzu gerechnet werden, da die zum DRG-System gehörenden Rechtsvorschriften erst ab dem 1.1.2005 Budgetabsenkungen vorgaben, und diese auch nur bei den ‚Verliererkrankenhäusern‘. Auf der anderen Seite erhalten seit 2005 ‚Gewinner-Krankenhäuser‘ mit unterdurchschnittlichen Basisfallwerten höhere Vergütungen bei gleichen Leistungen.

Indirekt hat das DRG-System allerdings erhebliche Wirkungen auf den Krankenhausbereich bereits vor seiner ‚Scharfschaltung‘ zum 1.1.2005 entfaltet, wie an früherer Stelle dargelegt. Diese waren aber letztlich ‚psychologischer‘ Natur, insofern als die Befürchtung, zum Verlierer-Krankenhaus zu werden, offensichtlich das Management zahlreicher Krankenhäuser veranlasste, Kostenreduzierungsprogramme bereits vor dem 1.1.2005 zu beginnen und in diesem Zusammenhang auch Stellen abzubauen. Sofern ein Stellenabbau zur Vorbereitung auf das DRG-System erfolgte, war dies aber nicht gesetzlich vorgegeben, sondern basierte auf Einschätzungen und Entscheidungen des jeweiligen Krankenhausmanagements.

Zentrale Bezugsgröße der nachfolgenden Berechnung sind die Gesamt-Personalkosten der Allgemeinkrankenhäuser, wie sie in der Krankenhausstatistik ausgewiesen werden.<sup>26</sup> Die Gesamtkosten der Krankenhäuser wurden als Bezugsgröße nicht ausgewählt, weil über den gesamten Untersuchungszeitraum ein überproportionaler Anstieg Sachkosten zu beobachten ist und sich dementsprechend der Anteil der Sachkosten erhöht hat und der Anteil der Personalkosten gesunken ist (Abb. 8). Da die Gründe für diesen überproportionalen Anstieg der Sachkosten hier nicht analysiert und diskutiert werden können, wurde dieser Anstieg als gegeben genommen und die Entwicklung der Gesamt-Personalkosten als Bezugsgröße gesetzt.

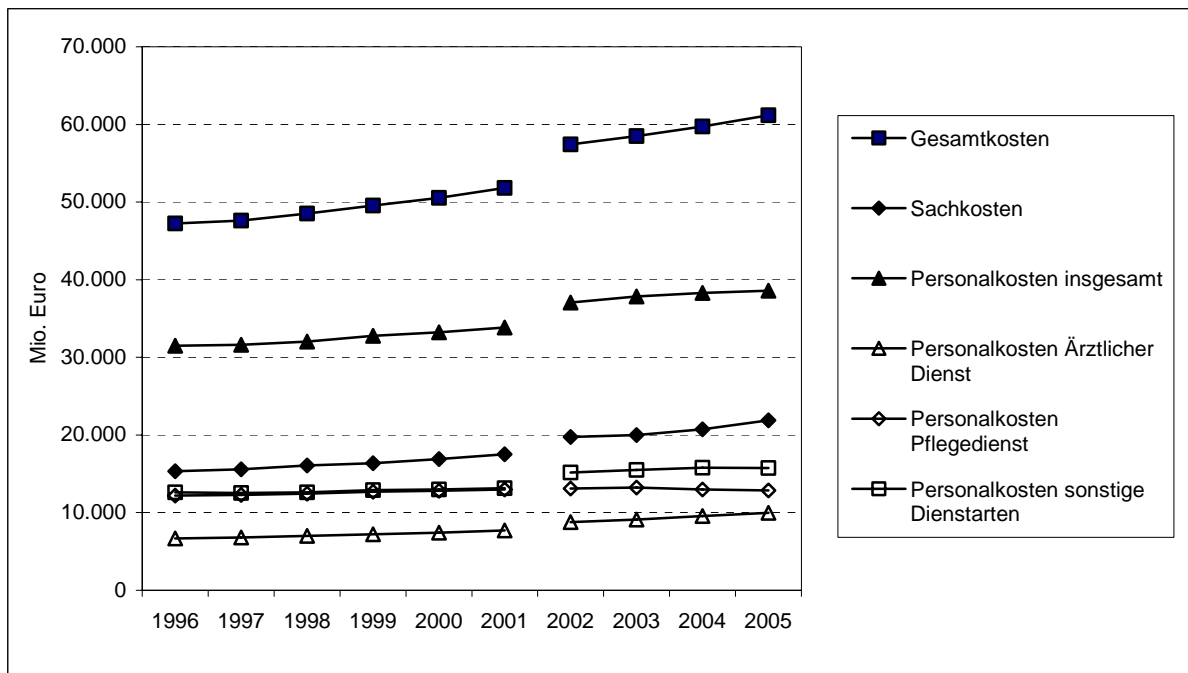
Der Anteil des Stellenabbaus im Pflegedienst, der auf unzureichende Budgetsteigerungen oder gar Budgetkürzungen zurückgeht, wird abgeleitet aus der Entwicklung der Gesamt-Personalkosten der allgemeinen Krankenhäuser. Wären die Lasten der Budgetdeckelung bzw. Budgetkürzungen auf alle Dienstarten gleich verteilt worden, hätten auch alle einen Stellenabbau in einem bestimmten Umfang hinnehmen müssen. Dementsprechend hätte sich der Anteil der einzelnen Dienstarten an den Gesamt-Personalkosten nicht verändert.

Um den Anteil des Pflegedienstes an einem solchen ‚gerecht‘ verteilten Stellenabbau zu ermitteln, werden zwei Zahlen mit einander verglichen: die tatsächliche Zahl der Vollkräfte im Pflegedienst und die Zahl der Vollkräfte, die sich ergeben hätte, wenn der prozentuale Anteil des Personalkostenbudgets Pflege an den Gesamt-Personalkosten gleich geblieben wäre.

---

<sup>26</sup> vgl. hierzu die Fachserie 12 Reihe 6.3 des Statistischen Bundesamtes (Kostennachweis der Krankenhäuser).

Der Vergleich wird jeweils getrennt für die beiden Zeiträume 1996-2001 und 2002-2005 vorgenommen.



**Abbildung 8:** Kosten der Allgemeinkrankenhäuser. *Quelle:* Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen.

In einem ersten Schritt wird die Höhe des fiktiven Personalkostenbudgets Pflegedienst für die jeweiligen Jahre ermittelt, indem die Gesamt-Personalkosten jeweils mit dem Prozentsatz multipliziert werden, dem der Anteil der Personalkosten des Pflegedienstes in den beiden Ausgangsjahren entsprach. Im Jahr 1996 lag der Anteil der Personalkosten des Pflegedienstes an den Gesamt-Personalkosten bei 38,779 % und im Jahr 2002 bei 35,379 % (Tab. 18). Diesem Vorgehen liegt die Annahme zu Grunde, dass eine durch die Budgetdeckelung verursachte Verknappung von Mitteln dann gleich verteilt wird, wenn die zur Verfügung stehenden Finanzmittel für Personalkosten nach einem gleich bleibenden Prozent-Schlüssel verteilt werden.<sup>27</sup>

Die Zahl der mit dem ‚fiktiven‘ Personalkostenbudget finanzierbaren Vollkraftstellen wird berechnet, indem das so ermittelte fiktive Personalkostenbudget durch die durchschnittlichen Personalkosten je Vollkraft des betreffenden Jahres dividiert wird. Als Personalkosten je

<sup>27</sup> Die Verschiebung der Anteile zwischen Personal- und Sachkosten auf Grund des überproportionalen Anstiegs der Sachkosten wird hier als gegeben genommen. Auch wird nicht näher darauf eingegangen, dass die Krankenhausstatistik nur die Kosten, nicht aber die Erlöse ausweist und insofern auch anteilig Kosten enthält, die nicht durch Erlöse gedeckt wurden (Defizite, Verluste). Ebenso werden aber auch Überschüsse nicht erkennbar und können somit nicht berücksichtigt werden. Für die hier bearbeitete Fragestellung kann dies aber vernachlässigt werden, da es sich um eine Frage der Verteilungsgerechtigkeit handelt. Im Falle von Defiziten eines Krankenhauses ist vom Krankenhausmanagement die Frage zu entscheiden, an welcher Stelle und wie Kosten reduziert werden sollen. Im Falle von Überschüssen ist zu entscheiden, wofür die überschüssigen Mittel verwendet werden. Sofern die zusätzlichen Arztstellen aus Überschüssen finanziert wurden, bleibt dennoch die Frage, in welchem Maße die Überschüsse durch Stellenabbau in anderen Dienstleistungen entstanden bzw. warum die Überschüsse nur für zusätzliche Stellen im ärztlichen Dienst verwendet wurden.

Vollkraft werden die Kosten zu Grunde gelegt, die sich aus der Division der tatsächlichen Personalkosten des Pflegedienstes durch die tatsächliche Zahl der Vollkräfte im Pflegedienst des betreffenden Jahres ergeben. Es werden somit die in dem jeweiligen Jahr tatsächlich angefallenen durchschnittlichen Personalkosten je Vollkraft verwendet.

Auf Grundlage der Ergebnisse dieser Berechnung kann nun der jeweilige Anteil des Stellenabbaus berechnet werden, der auf Grund der Budgetentwicklung notwendig war, und der Anteil, der nicht auf die Entwicklung des Budgets zurückgeführt werden kann. Dazu wird die jährliche Veränderung der fiktiven Vollkraftzahl von der Veränderung der tatsächlichen Zahl der Vollkräfte subtrahiert. Die sich daraus ergebende Differenz zeigt an, wie hoch der Anteil des Stellenabbaus im Pflegedienst war, der für Zwecke der internen Umverteilung vorgenommen wurde.

Die Berechnung führt zu den folgenden Ergebnissen (Tab. 18). Insgesamt wurden in den beiden hier erfassten Zeiträumen 36.503 Vollkraftstellen abgebaut. Die Differenz zu den zwischen 1996 und 2005 insgesamt abgebauten 43.990 Vollkräften ist darauf zurückzuführen, dass der Stellenabbau des Jahres 2002 (ca. 7.800 Vollkraftstellen) wegen der Änderung der Kostenrechnungssystematik der Krankenhausstatistik 2001/2002 nicht berücksichtigt wird.

Die Berechnung der jeweiligen Anteile nach der oben beschriebenen Methodik ergibt, dass nur 43,6 % des Stellenabbaus durch die Entwicklung der Krankenhausbudgets erklärt werden können. Die Streichung der verbleibenden ca. 20.600 Vollkraftstellen oder 56,4 % des Stellenabbaus wären auf Grund der Budgetentwicklungen nicht notwendig gewesen. Diese Stellen wurden offenbar gestrichen, um Mittel für andere Zwecke frei zu machen, wie gezeigt insbesondere zur Finanzierung zusätzlicher Arztstellen.

**Tabelle 18:** Stellenabbau im Pflegedienst der Allgemeinkrankenhäuser. Anteil der Budgetentwicklung und der internen Umverteilung am Stellenabbau.

	Personal- kosten	Pflegedienst						Stellenabbau im Pflegedienst				
								nach Ursachen				
		Fiktive Entwicklung bei gleich bleibendem Anteil an den Personalkosten insgesamt										
		Tatsächliche Entwicklung		Personal- kosten je VK		Personal- kosten je VK		insgesamt	Budgetentwicklung		Interne Umverteilung	
insgesamt		Personal- kosten	Vollkräfte	Personal- kosten je VK	Personal- kosten je VK	Personal- kosten je VK	Personal- kosten je VK		Anteil am Stellenabbau		Anteil am Stellenabbau	
									Vollkräfte	in %	Vollkräfte	in %
1996	31.507.827	12.218.400	322.418	37.896	12.218.400	322.418	37.896					
1997	31.631.122	12.291.288	316.253	38.865	12.266.212	315.608	38.865	-6.165	-6.810	110,5	645	-10,5
1998	32.050.754	12.430.281	313.280	39.678	12.428.941	313.246	39.678	-2.973	-2.362	79,4	-611	20,6
1999	32.790.984	12.690.364	311.085	40.794	12.715.994	311.713	40.794	-2.195	-1.533	69,8	-662	30,2
2000	33.215.169	12.806.303	308.139	41.560	12.880.489	309.924	41.560	-2.946	-1.789	60,7	-1.157	39,3
2001	33.835.489	12.972.426	307.309	42.213	13.121.042	310.830	42.213	-830	906	-109,1	-1.736	209,1
1996-2001	2.327.662	754.026	-15.109	4.317	902.643	-11.588		-15.109	-11.588	76,7	-3.521	23,3
in %	7,4	6,2	-4,7	11,4	7,4	-3,6						
2002	37.057.789	13.110.581	299.512	43.773	13.110.581	299.512	43.773					
2003	37.845.656	13.229.869	293.020	45.150	13.389.319	296.552	45.150	-6.492	-2.960	45,6	-3.532	54,4
2004	38.300.133	12.977.803	282.890	45.876	13.550.107	295.365	45.876	-10.130	-1.186	11,7	-8.944	88,3
2005	38.588.524	12.862.573	278.118	46.249	13.652.137	295.190	46.249	-4.772	-175	3,7	-4.597	96,3
2002-2005	1.530.735	-248.009	-21.394	2.475	541.555	-4.322		-21.394	-4.322	20,2	-17.072	79,8
in %	4,1	-1,9	-7,1	5,7	4,1	-1,4						
1996-2001			-15.109			-11.588		-15.109	-11.588	76,7	-3.521	23,3
2002-2005			-21.394			-4.322		-21.394	-4.322	20,2	-17.072	79,8
Summe			-36.503			-15.910		-36.503	-15.910	43,6	-20.593	56,4

Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen.

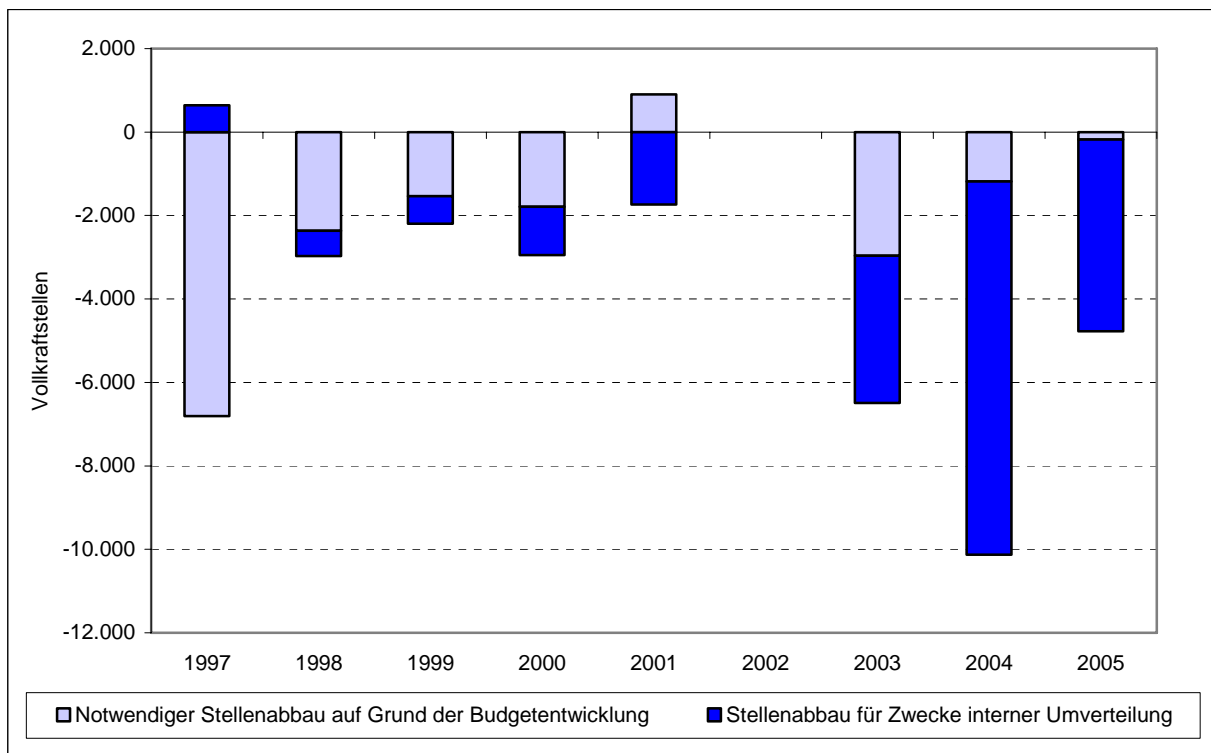
Unterzieht man die Daten einer genaueren Betrachtung zeigen sich einige Besonderheiten, die sich aber auf Grundlage der bisherigen Untersuchungsergebnisse erklären lassen. So ist beispielsweise auffällig, dass die durchschnittlichen Personalkosten je Vollkraft im Pflegedienst stärker gestiegen sind, als die Personalkosten des Pflegedienstes insgesamt. Dies lässt sich durch den Strukturwandel im Pflegedienst erklären. Wie gezeigt wurde zunächst vor allem Personal der unteren Gehaltsgruppen abgebaut, Pflegekräfte mit nur einjähriger oder ohne Pflegeausbildung. Dadurch steigen die durchschnittlichen Personalkosten je Vollkraft. Die Steigerung darf somit nicht als überproportionale Gehaltsentwicklung interpretiert werden. Dass die Differenz im Zeitraum 2002-2005 deutlich niedriger ausfällt, kann darauf zurückgeführt werden, dass in den letzten Jahren – wie gezeigt – zunehmend dreijährig ausgebildetes Personal abgebaut wird.

Die Betrachtung der Veränderungen der einzelnen Jahre zeigt, dass seit 2002 der Anteil des Stellenabbaus, der zum Zweck interner Umverteilung von Finanzmitteln erfolgt, deutlich zugenommen hat (Abb. 9). Im Jahr 2004 wurden 10.130 Vollkraftstellen im Pflegedienst abgebaut, davon ca. 8.900 oder knapp 90 %, um Mittel für die Finanzierung anderer Zwecke zu gewinnen. Im Jahr 2005 wurden zwar ‚nur‘ ca. 4.800 Vollkraftstellen gestrichen, diese aber zu ca. 96 % für Zwecke der internen Umverteilung. Dass es sich dabei um einen Trend handelt, der bereits zuvor einsetzte, veranschaulicht Abbildung 9. Sie zeigt, dass seit 1998 ein zunehmender Teil des Stellenabbaus im Pflegedienst nicht durch die Budgetentwicklung zu erklären ist, sondern offenbar Folge interner Umverteilungen. In den Jahren 1997 und 2001 hätten auf Grund der Budgetentwicklung sogar vorübergehend zusätzliche Stellen im Pflegedienst finanziert werden können.

Bezieht man das Jahr 2002 mit ein und legt die über den gesamten Zeitraum durchschnittliche Aufteilung auf die beiden Ursachenbereiche auch für das 2002 zu Grunde, so wurden von den zwischen 1996 und 2005 insgesamt abgebauten 43.990 Vollkraftstellen im Pflegedienst 43,6 % oder ca. 19.000 auf Grund der Budgetentwicklung und 56,4 % oder knapp 25.000 für Zwecke der internen Umverteilung gestrichen.

Es ist damit zu rechnen, dass nach 2005 der Umfang der Umverteilung in Richtung des ärztlichen Dienstes vor allem auf Grund der durch Streiks erzwungenen deutlichen Gehaltssteigerungen für Ärzte weiter zugenommen hat. Nach Schätzungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft führte der Tarifabschluss für Ärzte in kommunalen Krankenhäusern zu einer Erhöhung der Personalkosten im ärztlichen Dienst um ca. 1,5 Mrd. Euro (DKG 2006b). In einer Umfrage des Deutschen Krankenhausinstituts gaben fast 40 % der befragten Krankenhausleitungen an, diese Mehrkosten auch oder vor allem durch Stellenabbau in anderen Berufsgruppen zu kompensieren (DKI 2007b: 70).





**Abbildung 9:** Stellenabbau im Pflegedienst der Allgemeinkrankenhäuser. *Quelle:* Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen.

## 8.2 Diskussion

Die hier vorgestellten Ergebnisse der Datenanalyse werfen ein neues Licht auf die bisherigen Diskussionen und Stellungnahmen zum Thema Stellenabbau im Pflegedienst und dessen Ursachen. Es muss Abschied genommen werden von der Vorstellung, allein die Budgetdeckung und pauschale Budgetkürzungen sowie das DRG-System seien für den Stellenabbau verantwortlich. Auch das DRG-System kann unmittelbar nur für ein Teil des Stellenabbaus direkt verantwortlich gemacht werden. Aus der Anwendung der Rechtsvorschriften ergaben sich erst ab 2005 Budgetabsenkungen, die zu Stellenabbau zwingen konnten. Es wäre jedoch zu kurz gegriffen, wollte man die Wirkungen des DRG-Systems allein auf die unmittelbare Umsetzung von Rechtsvorschriften beschränken. Das System als Ganzes schließt mehr ein als die blanken Rechtsvorschriften.

Seine Wirkungen sind nur dann zu verstehen und richtig einzuschätzen, wenn man auch die Wirkungen einbezieht, die sich aus der Antizipation zukünftiger Entwicklungen ergaben bzw. ergeben. Krankenhausmanagement muss diese zukünftigen Wirkungen des DRG-Systems im Vorfeld einschätzen und Entscheidungen bereits vor Inkrafttreten bestimmter Regelungen treffen, damit eventuell notwendige Kostensenkungen rechtzeitig vollzogen sind. Bei bestimmten Entscheidungen könnte es unverantwortlich sein, bis zum Inkrafttreten der entsprechenden Rechtsvorschrift zu warten. Kostenreduzierungsprogramme erfordern insbesondere im Bereich der Personalkosten in der Regel einen mehr oder weniger langen Vorlauf, bis sie tatsächlich zu Kostensenkungen führen. Wird ein Stellenabbau als notwendig angese-

hen und soll er nicht über betriebsbedingte Kündigungen, sondern im Rahmen der üblichen Personalfluktuations erfolgen, so kann es mehrere Monate oder sogar mehrere Jahre dauern, bis das angestrebte Einsparvolumen erreicht ist.

Es ist insofern sicherlich davon auszugehen, dass der Stellenabbau ab 2003 in starkem Maße von der Ausgestaltung der Rechtsvorschriften zum DRG-System beeinflusst wurde, vor allem von der Ankündigung, dass die ‚Scharfschaltung‘ des Systems ab 2005 Gewinner und Verlierer schaffen sollte. Mit hoher Wahrscheinlichkeit geht ein erheblicher Teil des Stellenabbaus dieser beiden Jahre darauf zurück, dass die Leitungen potenzieller ‚Verlierer-Krankenhäuser‘ zur Abwendung erwarteter Defizite bereits im Vorfeld Stellen abbaute, um Personalkosten zu reduzieren.

Es ist auch zu bedenken, dass Kostensenkungsprogramme und damit verbundene Stellenstreichungen für zukünftige Zeiträume beschlossen werden, die Daten der Krankenhausstatistik aber retrospektiv für das abgelaufene Kalenderjahr erhoben werden. Der Stellenabbau der Jahre 2003 und 2004 wird darum vermutlich eine nicht näher zu bestimmende Zahl an Vollkraftstellen einschließen, die vorsorglich gestrichen wurden, deren Streichung sich aber rückblickend als nicht erforderlich erwies. Dies wirft allerdings die Frage auf, warum dann nicht im Pflegedienst Stellen in entsprechendem Umfang wieder aufgestockt wurden.

Bei der Interpretation der Daten ist auch zu bedenken, dass es sich um Daten für alle Allgemeinkrankenhäuser handelt und Unterschiede zwischen den Krankenhäusern nicht erkennbar sind. So ist es sehr wahrscheinlich, dass keineswegs in allen Krankenhäusern Stellen im Pflegedienst abgebaut wurden beziehungsweise zumindest nicht im gleichen Umfang. Krankenhäuser, deren wirtschaftliche Entwicklung relativ positiv verlief und die keine Verluste verzeichneten oder sogar Überschüsse, werden vermutlich keine oder weniger Stellen im Pflegedienst abgebaut haben, als solche, die Verluste ausgleichen mussten oder erwarteten. Dies dürfte in besonderem Maße für die Phase direkt vor dem Einstieg in das DRG-System gelten. Höchstwahrscheinlich geht ein erheblicher Teil des in der Krankenhausstatistik ausgewiesenen Stellenabbaus auf Verliererkrankenhäuser zurück. Dass nur Krankenhäuser mit eingetretenen oder – unter DRG-Bedingungen – vorhersehbar hohen Verlusten Stellen abgebaut haben, kann das Volumen des Stellenabbaus aber wohl kaum erklären. Und es kann vor allem die Umverteilung von Stellen und Ressourcen nicht erklären.

Aber selbst wenn dies so sein sollte, bliebe die Tatsache bestehen, dass es insgesamt einen erheblichen Stellenabbau im Pflegedienst gegeben hat. Wenn dies in den Jahren 2003-2005 überwiegend auf das DRG-System zurückzuführen sein sollte, hat dies für die Bewertung des DRG-Systems ernstzunehmende Konsequenzen. Es wäre dann festzuhalten, dass das DRG-System – auf die Gesamtheit der Allgemeinkrankenhäuser bezogen – bereits vor seiner Scharfschaltung im Jahr 2005 zu einer deutlichen Verschlechterung der Betreuungsrelation Pflegekraft/Patient geführt hat.

In welchem Umfang der Stellenabbau auf welchen Faktor oder welche Ursache zurückzuführen ist, könnten letztlich aber nur unabhängige wissenschaftliche Forschungsprojekte klären, die Methoden der sozialwissenschaftlichen Organisationsforschung mit betriebswirtschaftlichen Analysen verbinden. Die Durchführung derartiger Projekte dürfte allerdings aus-

gesprochen schwierig sein, weil dazu sensible Geschäftsdaten und Managementinformationen einer möglichst großen Zahl von Krankenhäusern erforderlich wären. Es erscheint ausgesprochen unwahrscheinlich, dass solche Daten von Krankenhäusern in nennenswertem Umfang zur Verfügung gestellt werden. Die Diskussion wird folglich auch zukünftig auf mehr oder weniger plausible Vermutungen angewiesen bleiben.

## 9 Unterbesetzung im Pflegedienst: Eine Modellrechnung

Die vorhergehende Analyse hat zu dem Ergebnis geführt, dass die Zahl der Vollkräfte im Pflegedienst der Allgemeinkrankenhäuser im Jahr 2005 laut Krankenhausstatistik um 43.990 unter dem Wert von 1995 lag. Diese Zahl gibt den nominellen Stellenabbau wieder, nicht aber die tatsächliche Entwicklung der Arbeitsbelastung in der Pflege, die letztlich für eine Bewertung dieser Entwicklung von zentraler Bedeutung ist. Und sie gibt auch keine Auskunft darüber, wie hoch die Personalbesetzung in Allgemeinkrankenhäusern sein muss, um als ausreichend gelten zu können. Allein, dass es einen Stellenabbau gegeben hat, ist für sich genommen noch nicht kritikwürdig, solange dadurch nicht ein Wert unterschritten wird, der die Arbeitsbelastung zu hoch werden lässt und die Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung gefährdet.

Im folgenden soll mit Hilfe einer Modellrechnung geschätzt werden, wie hoch die Personalbesetzung des Pflegedienstes in Allgemeinkrankenhäusern im Jahr 2005 hätte sein müssen, wenn sowohl die Zielvorgabe für die Pflege-Personalregelung bis 1996 vollständig umgesetzt als auch die Leistungsentwicklung seit 1996 berücksichtigt worden wäre. Hierzu scheinen zunächst einige Vorbemerkungen sinnvoll.

Ein Stellenabbau in der Pflege wäre dann relativ unproblematisch, wenn er Folge einer abnehmenden Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen wäre. Ginge die Fallzahl zurück und/oder wären zunehmend leichtere Fälle in Krankenhäusern zu versorgen, könnte auf einen Teil des Personals verzichtet werden, ohne dass dies zu einer problematischen Erhöhung der Arbeitsbelastung und eventuellen Nachteilen für die Patienten führt. Für eine Bewertung der Personalbesetzung ist somit die Einbeziehung der Leistungsentwicklung erforderlich.

Aber auch dies könnte unzureichend für eine Bewertung sein, wenn unklar ist, wie hoch denn die personelle Ausstattung des Pflegedienstes in Allgemeinkrankenhäusern sein muss. Ohne Kenntnis dessen, was als bedarfsgerechte Personalbemessung gelten kann, ist es letztlich nicht zweifelsfrei zu beurteilen, ob der Pflegedienst unter- oder überbesetzt ist. Wäre der Pflegedienst zu Beginn der Vergleichsperiode überbesetzt gewesen, so wäre ein Stellenabbau nicht nur unproblematisch, sondern sogar sinnvoll oder notwendig, um die knapper werdenden Mitteln an anderer Stelle bedarfsgerechter einzusetzen.

Die Zahl von 43.990 abgebauten Vollkraftstellen ist für sich genommen somit nicht ausreichend für die Bewertung der Entwicklung. Die bisherige Untersuchung hat aber bereits die erforderlichen Daten zur Verfügung gestellt, um dennoch zu einer Bewertung zu gelangen, die den angesprochenen Anforderungen genügt. Im folgenden soll darum auf Grundlage der an früherer Stelle bereits analysierten Daten sowohl die Leistungsentwicklung einbezogen werden als auch der Frage nachgegangen werden, ob und in wie weit die Entwicklung der personellen Besetzung des Pflegedienstes der Allgemeinkrankenhäuser zu einer Unterbesetzung geführt hat.

Bevor mit einer Modellrechnung unter Einbeziehung der Leistungsentwicklung eine Soll-Personalbesetzung des Pflegedienstes für das Jahr 2005 berechnet wird, muss zunächst der Ausgangspunkt für das Jahr 1995 bestimmt werden. Die Krankenhausstatistik weist für 1995

eine Ist-Besetzung des Pflegedienstes der Allgemeinkrankenhäuser mit 322.108 Vollkräften aus. Wie an früherer Stelle herausgearbeitet, lag diese Ist-Besetzung aber um 5.000 Vollkraftstellen unter der angestrebten Soll-Besetzung. Die Zielvorgabe des Gesundheitsstrukturgesetzes 1993 war, im Zeitraum von 1991 bis 1996 insgesamt 26.000 zusätzliche Vollkraftstellen auf Normalstationen der Allgemeinkrankenhäuser zu schaffen. Diese Zielvorgabe wurde jedoch – wie an früherer Stelle gezeigt – nicht erreicht. Es wurden bis 1996 nicht 26.000, sondern nur 21.000 zusätzliche Stellen geschaffen.

Die 5.000 fehlenden Vollzeitstellen müssen dem Ausgangswert von 1995 hinzugerechnet werden, denn sie markieren eine Soll-Personalbesetzung, wie sie mit dem Gesundheitsstrukturgesetz beschlossen wurde. Dass die PPR bereits für das Jahr 1996 ausgesetzt und kurz danach aufgehoben wurde, geht auf eine Fehlinformation über den bereits erreichten Personalbestand zurück, nicht darauf, dass die Zielgröße durch den Gesetzgeber revidiert wurde. Die Zahl 21.000 findet sich in keinem späteren Gesetz und in keiner Regierungsveröffentlichung zu diesem Themenkomplex.

Wichtig erscheint an dieser Stelle auch ein weiterer Hinweis. Die hier übernommene Zahl von 26.000 zusätzlichen Stellen stammt aus der Begründung des Gesundheitsstrukturgesetzes 1993, sie ist nicht Ergebnis einer bundesweiten Datenerhebung des Personalbedarfs mittels PPR. Eine solche bundesweite Zusammenführung der in den Krankenhäusern auf Grundlage der PPR-Anwendung ermittelten Vollzeitstellen im allgemeinen Pflegedienst wurde von amtlicher Seite nicht durchgeführt. Allerdings haben die Spitzenverbände der Krankenkassen eine solche Zusammenführung offenbar vorgenommen, vor allem um abschätzen zu können, welche finanzielle Gesamtbelastung bei vollständiger Umsetzung der PPR auf sie zukommt. Danach kamen sie zu dem Ergebnis, dass sich aus den in den Krankenhäusern erhobenen Minutenwerten für den Pflegebedarf nach PPR bei vollständiger Umsetzung der PPR ein Stellenmehrbedarf von insgesamt 20 % ergab (GKV 1993: 541). Das entspricht bei einem Ausgangsbestand von ca. 300.000 Vollkräften insgesamt ca. 60.000 zusätzlichen Vollkraftstellen.

In der hier vorgelegten Modellrechnung wird auf die Zugrundelegung dieses Wertes als Ausgangspunkt jedoch verzichtet. Der Hinweis soll allerdings durchaus auch verdeutlichen, dass – will man sich ein wirklichkeitsnahes Bild machen – eine aktuelle Erhebung des Personalbedarfs mit einem erprobten Instrument erforderlich ist. Ein solches Instrument liegt für den Pflegedienst auf Normalstationen bisher nur in Form der PPR vor. Zwar gibt es auch andere, diese wurden bislang aber noch nicht flächendeckend in deutschen Krankenhäusern eingesetzt und erprobt.<sup>28</sup> Die PPR hätte zudem den Vorteil, dass sie immer noch in vielen Krankenhäusern für interne Zwecke eingesetzt wird. So lange kein anderes Messinstrument zur Ermittlung des Pflegebedarfs als besser geeignet allgemein anerkannt ist, bleibt nur der Rückgriff auf die PPR.

Doch zurück zur Modellrechnung: Um sich ein angemessenes Bild von der Entwicklung der Arbeitsbelastung des Pflegedienstes machen zu können, muss die weitere Leistungsentwicklung nach 1995 einbezogen werden. Auch nach 1995 stiegen die Fallzahlen weiter an

---

<sup>28</sup> so bspw. die Schweizer „Leistungserfassung in der Pflege“ (LEP) (vgl. Brügger et al. 2002).

und damit auch die Arbeitsbelastung des Pflegepersonals. Wie bereits an früherer Stelle ausgeführt, ergibt sich bei einem Vergleich der Jahre 1995 und 2005 allerdings das Problem, dass die bis 2001 in der Krankenhausstatistik gesondert ausgewiesenen Stundenfälle<sup>29</sup> seit 2002 der Gesamtfallzahl zugerechnet und nicht mehr gesondert ausgewiesen werden. Da diese Kennzahl für frühere Jahre vorliegt, kann daraus aber ohne Weiteres eine für alle Vergleichsjahre einheitliche Fallzahl einschließlich der Stundenfälle errechnet werden.

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen soll mit der nachfolgenden Berechnung der Frage nachgegangen werden, wie hoch die Personalbesetzung im Pflegedienst der Allgemeinkrankenhäuser im Jahr 2005 hätte sein müssen, wenn im Jahr 1996 noch die fehlenden 5.000 zusätzlichen Stellen auf Grund der PPR geschaffen und die weiteren Fallzahlentwicklungen in Form einer entsprechenden prozentualen Erhöhung der Stellenbesetzung umgesetzt worden wären.

Gegen eine lineare Anpassung der Personalbesetzung an die Fallzahlentwicklung kann allerdings eingewandt werden, dass dies zu hoch wäre, da in der Zwischenzeit Arbeitsabläufe und Behandlungsprozesse optimiert wurden und darum die gleichen Ergebnisse mit relativ weniger Vollkräften zu erreichen seien. Dies ist sicherlich in einem Teil der Kliniken geschehen, wenngleich gegenüber den zahlreichen diesbezüglichen Veröffentlichungen in Krankenhausmanagementzeitschriften eine gewisse Vorsicht geboten ist. Selbst- und Fremdwahrnehmung können hier durchaus differieren, und in den seltensten Fällen dürften entsprechende Änderungen in der Prozessgestaltung von unabhängigen Externen evaluiert worden sein. Allein, dass nach Umstellung eines Prozesses Personal reduziert wurde, ist noch kein Beleg für eine Effizienzsteigerung die ohne Beeinträchtigung der Versorgungsqualität erreicht wurde.

Darüber hinaus gibt es Hinweise darauf, dass die Optimierung auch genutzt wurde, um dem Pflegedienst neue zusätzliche, nicht originär pflegerische Aufgaben zu übertragen (Braun/Müller 2005; Galatsch et al. 2007; Hausner et al. 2005; Pruß et al. 2006). Im Gefolge des Tarifabschlusses für Ärzte und der damit verbundenen Verteuerung ärztlicher Arbeitskraft, wird in Krankenhäusern vermehrt über die Verlagerung (‚Delegation‘) ärztlicher Tätigkeiten vom ‚teuren‘ ärztlichen Dienst auf den ‚preisgünstigeren‘ Pflegedienst diskutiert (vgl. u. a. Job/Leffler/Voigt 2007). Wird die Verlagerung von Aufgaben nicht auch mit einem entsprechenden Transfer von Stellenkapazitäten vom ärztlichen Dienst auf den Pflegedienst verbunden, führt dies zu einer weiteren Erhöhung der Arbeitsbelastung in der Pflege. Bisherige Meldungen zu dieser Entwicklung lassen vermuten, dass eine solche Verlagerung in der Regel ohne gleichzeitige Umwidmung von Stellenanteilen auf den Pflegedienst erfolgt.

Die Einbeziehung der Fallzahlentwicklung bei der Berechnung eines Personal-Solls erfolgt in der nachfolgenden Modellrechnung ohne Berücksichtigung von Veränderungen der Fallstruktur, und das heißt vor allem ohne Berücksichtigung des kontinuierlich steigenden Anteils alter und hochbetagter Patienten. So stieg beispielsweise zwischen 1993 und 2004 der Anteil der über 65jährigen an der Gesamtfallzahl von 29,8 % auf 39,0 % (DKG 2006c). Es dürfte wohl unstrittig sein, dass eine Zunahme des Anteils alter Menschen im Krankenhaus auch mit

---

<sup>29</sup> Patienten die noch am Aufnahmetag wieder entlassen oder in ein anderes Krankenhaus verlegt wurden.

einer spürbaren Erhöhung des Pflegebedarfs verbunden ist und somit die Arbeitsbelastung insbesondere auch in der Pflege erhöht.

**Tabelle 19:** Vollstationäre Fälle, ambulante Operationen, vor-, nach- und teilstationäre Fälle in Allgemeinkrankenhäusern.

	Vollstationäre Fälle			Ambulante Operationen, vor-, nach- und teilstationäre Behandlungen					
	Fallzahl einschl. Stundenfälle	Fallzahl ohne Stundenfälle	Fallzahl Stundenfälle	insgesamt	in % der voll- stationä- ren Fälle	davon			
						Ambulante Operationen	vor- stationär	nach- stationär	teil- stationär
1991	14.310.663	13.664.939	645.724	-	-	-	-	-	-
1992	14.720.088	13.984.759	735.329	-	-	-	-	-	-
1993	14.919.911	14.121.263	798.648	-	-	-	-	-	-
1994	15.200.499	14.336.690	863.809	-	-	-	-	-	-
1995	15.628.262	14.706.692	921.570	-	-	-	-	-	-
1996	15.846.198	14.921.394	924.804	-	-	-	-	-	-
1997	16.087.769	15.178.963	908.806	-	-	-	-	-	-
1998	16.487.464	15.602.252	885.212	-	-	-	-	-	-
1999	16.714.822	15.892.392	822.430	-	-	-	-	-	-
2000	16.862.194	16.096.353	765.841	-	-	-	-	-	-
2001	16.902.355	16.173.468	728.887	-	-	-	-	-	-
2002	16.933.583	-	-	2.868.502	16,9	575.294	1.169.529	747.206	376.473
2003	16.796.391	-	-	3.395.650	20,2	720.673	1.417.411	755.096	502.470
2004	16.283.746	-	-	3.988.557	24,5	1.145.494	1.670.652	661.274	511.137
2005	16.379.078	-	-	4.509.411	27,5	1.362.894	1.965.027	654.277	527.213
<b>Veränderung 1996-2005</b>									
Anzahl	532.880	-	-	-	-	-	-	-	-
in %	3,4	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Veränderung 2002-2005</b>									
Anzahl	-554.505	-	-	1.640.909		787.600	795.498	-92.929	150.740
in %	-3,3	-	-	57,2		136,9	68,0	-12,4	40,0

Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen.

In der nachfolgenden Modellrechnung wurden auch die in den letzten Jahren zu verzeichnen- den Verlagerungen von Behandlungen in den ambulanten und teilstationären Bereich nicht berücksichtigt, die aber weiterhin als Krankenhausleistungen erbracht werden und folglich auch Personalkapazitäten der Pflege beanspruchen (Tab. 19). Diese Leistungen werden in der Krankenhausstatistik erst ab dem Berichtsjahr 2002 gesondert erfasst und ausgewiesen und zeigen bereits innerhalb von drei Jahren erhebliche Steigerungsraten. Die Summe der ambu- lanten Operationen, vor-, nach- und teilstationären Fälle zusammen stieg von 2002 bis 2005 um fast 60 %. Die höchste Steigerung ist mit +137 % bei den ambulanten Operationen zu verzeichnen. Insgesamt entsprachen diese nicht-vollstationären Versorgungsformen im Jahr 2005 bereits 27,5 % der Zahl der vollstationären Fälle. Offensichtlich entwickeln sich Kran- kenhäuser zunehmend mehr zu einem stationären *und* ambulanten Leistungserbringer.

In die nicht-vollstationären Versorgungsform sind auch Pflegekräfte außerhalb der Funktionsbereiche eingebunden. Insofern müssten die entsprechenden Leistungsdaten im Grunde auch in die Analyse der Belastungsentwicklung einbezogen werden. Da aber Daten für die Jahre vor 2002 fehlen, muss an dieser Stelle darauf verzichtet werden. Aus den vorstehend genannten Gründen dürfte die nachfolgende Schätzung eher zurückhaltend als übertrieben sein.

**Tabelle 20:** Schätzung des Personal-Soll im Pflegedienst der Allgemeinkrankenhäuser 2005

**Berechnung des Personal-Soll für 1996**

Vollkraft-Ist 1995	322.108
Fehlende Stellen durch nicht umgesetzte 4. Stufe der PPR	5.000
Vollkraft-Soll 1996	327.108

**Berücksichtigung der Fallzahlentwicklung (Fallzahl einschl. Stundenfälle)**

Fallzahl 1996	15.846.198
Fallzahl 2005	16.379.078
Veränderung (Anzahl)	+532.880
Veränderung in %	+3,4

**Berechnung des Personal-Soll (VK) für 2005**

Vollkraft-Soll 1996	327.108
Personalmehrbedarf auf Grund der Fallzahlsteigerung (+3,4 %)	11.000
Vollkraft-Soll 2005	338.108

**Berechnung der Differenz Soll/Ist 2005**

Vollkraft-Ist 2005	278.118
Vollkraft-Soll 2005	338.108
Differenz Soll/Ist	-59.990

Um den Personalbedarf im Pflegedienst der Allgemeinkrankenhäuser im Jahr 2005 unter Zugrundelegung der vorhergehenden Überlegungen zu schätzen, wird wie folgt vorgegangen (Tab. 20):

- Ausgangspunkt ist die Zahl von 322.108 Vollkräften im Jahr 1995 (Vollkraft-Ist 1995).
- Dieser Wert wird erhöht um die auf Grund der PPR-Aussetzung nach 1995 nicht mehr geschaffenen 5.000 Vollzeitstellen (unterlassene Umsetzung der ‚4. Stufe‘ der PPR).
- Dies ergibt die Summe von 327.108 Vollkräften, die auf Grund der Zielvorgabe des GSG im Jahr 1996 in Allgemeinkrankenhäusern hätten beschäftigt sein sollen (Vollkraft-Soll 1996).



- Das Vollkraft-Soll des Jahres 1996 wird als Ausgangspunkt für die Berücksichtigung des Fallzahlenanstiegs genommen (vollstationäre Fälle einschließlich Stundenfälle) und in derselben Größenordnung erhöht, wie sich die Fallzahl erhöht hat. Da die Fallzahl im Zeitraum 1996-2005 um 3,4 % angestiegen ist, wird das Vollkraft-Soll 1996 ebenfalls um diesen Wert erhöht, um zum Vollkraft-Soll des Jahres 2005 zu gelangen.
- Daraus ergeben sich ca. 338.000 Vollkräfte Soll-Besetzung des Pflegedienstes für das Jahr 2005. Dem stehen jedoch nur ca. 278.000 Vollkräfte Ist-Besetzung gegenüber, so dass rechnerisch eine Differenz von ca. 60.000 Vollkräften verbleibt, um die der Pflegedienst der Allgemeinkrankenhäuser in Deutschland im Jahr 2005 unterbesetzt war. Die Summe von 60.000 Vollkräften entspricht ca. 18 % der zuvor ermittelten Soll-Besetzung.

## 9.1 Zunehmende Unterbesetzung des Pflegedienstes

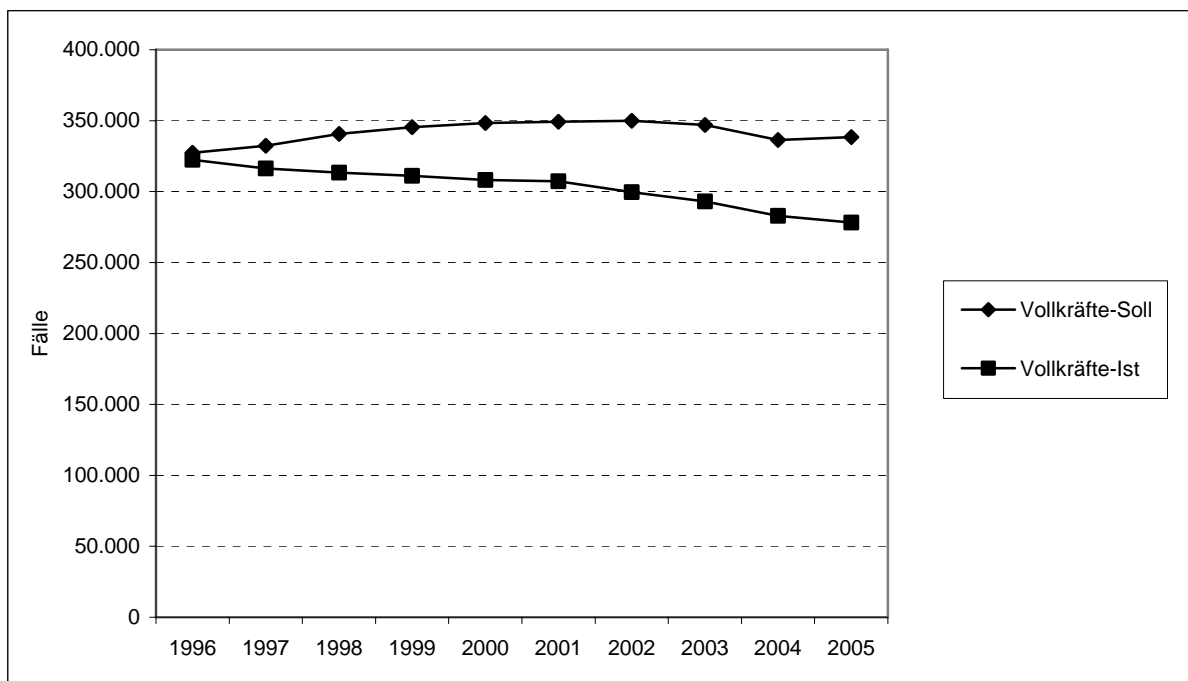
Die graphische Darstellung der Entwicklung des Vollkraft-Ist und des errechneten Vollkraft-Soll zeigt, dass sich ab 1996 eine Schere zwischen Vollkräfte-Soll und Vollkräfte-Ist geöffnet hat (Abb. 10). Bedingt durch den Fallzahlrückgang der letzten Jahre verringerte sich der Abstand kurzzeitig etwas. Bei der Interpretation der Soll-Kurve der letzten Jahre ist allerdings zu berücksichtigen, dass – wie bereits angesprochen – in dieser Berechnung die deutliche Zunahme der Zahl der ambulanten Operationen, vorstationären und teilstationären Behandlungen nicht eingerechnet wurde. Würden sie mit eingerechnet, wäre bei der Soll-Kurve auch in den Jahren ab 2003 ein weiterer Anstieg zu verzeichnen. Insbesondere der deutliche Abfall im Jahr 2003 würde ausgeglichen, da er mit hoher Wahrscheinlichkeit in engem Zusammenhang zum sprunghaften Anstieg der Zahl ambulanter Operationen stand (Tab. 17).<sup>30</sup>

Die hier angewendete Berechnungsmethodik legt somit die Schlussfolgerung nahe, dass der Pflegedienst in deutschen Allgemeinkrankenhäusern im Jahr 2005 um ca. 18 % unterbesetzt war. Da der Personalabbau, nach den vorliegenden Informationen zu urteilen, in der Zwischenzeit fortgesetzt wurde, ist damit zu rechnen, dass die Unterbesetzung mittlerweile die 20 %-Marke erreicht, wenn nicht gar überschritten hat.

Der Personalabbau hat inzwischen dazu geführt, dass die personelle Besetzung des Pflegedienstes auch ohne Berücksichtigung der zwischenzeitlichen Fallzahlentwicklung bereits unter den Wert des Jahres 1991 gesunken ist. Im Jahr 2005 waren in Allgemeinkrankenhäusern ca. 18.400 oder 6,2 % weniger Vollkräfte im Pflegedienst beschäftigt als im Jahr 1991. Wie zuvor dargelegt, bestand 1991 breiter gesellschaftlicher und politischer Konsens darüber, dass die damalige Personalbesetzung unzureichend und Ausdruck eines ‚Pflegenotstandes‘ sei. Insofern erscheint es durchaus angemessen, auch heute von einem ‚Pflegenotstand‘ zu sprechen.

---

<sup>30</sup> Bei der Betrachtung der Jahre 2001-2005 ist zu bedenken, dass durch eine Änderung der Krankenhausstatistik-Verordnung in den Jahren 2002-2004 die Abgrenzung zwischen allgemeinen und sonstigen Krankenhäusern eine andere war als in den Jahren bis einschließlich 2001 und ab 2005. Durch eine erneute Änderung der Verordnung wurde die Abgrenzung ab 2005 wieder auf die der Jahre bis 2001 zurück gesetzt. Da hierdurch nur die Zuordnung der rein neurologischen Krankenhäuser geändert wurde, dürfte dies den Kurvenverlauf aber nur sehr geringfügig beeinflussen.



**Abbildung 10:** Entwicklung der tatsächlichen Zahl der Vollkräfte (Vollkräfte-Ist) und eines fiktiven Vollkräfte-Soll für den Pflegedienst in allgemeinen Krankenhäusern. *Quelle:* Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen.

## 9.2 Steigende Arbeitsbelastung

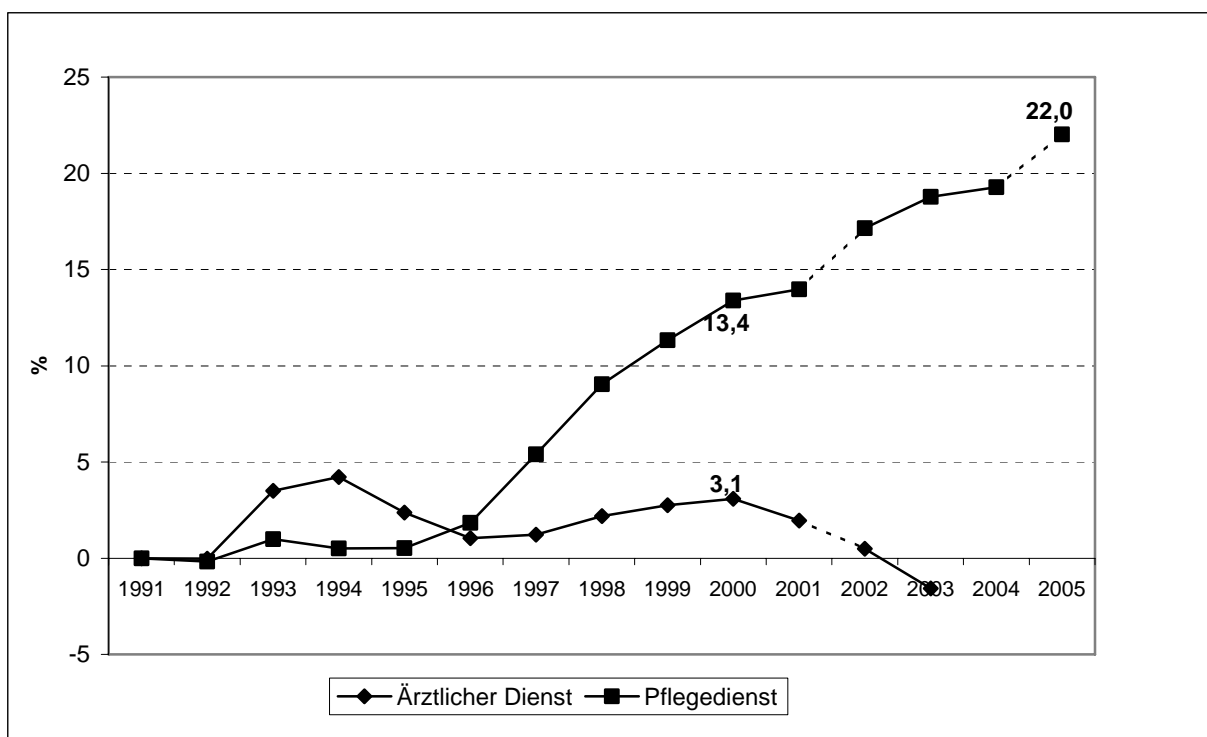
Aus dieser Entwicklung resultiert eine zunehmende Arbeitsbelastung. Dies lässt sich sehr anschaulich an der so genannten ‚Belastungsziffer‘ aufzeigen (Abb. 11). Die Belastungsziffer gibt an, wie viele Fälle die Vollkräfte einer Berufsgruppe in dem betreffenden Jahr zu versorgen hatten. Üblicherweise wird sie auf Grundlage der vollstationären Fälle errechnet. Da die entsprechende ‚einrichtungsbezogene Fallzahl‘ in der Krankenhausstatistik bis 2001 ohne die Stundenfälle und ab 2002 einschließlich der Stundenfälle ausgewiesen ist, kann sie für einen Längsschnittvergleich nicht genutzt werden. Um aber dennoch einen Längsschnittvergleich durchführen zu können, wurde hier für die Berechnung der Belastungsziffer eine durchgängige Fallzahl einschließlich der Stundenfälle zu Grunde gelegt.

Der Vergleich der Entwicklung der Belastungsziffer für den ärztlichen Dienst und den Pflegedienst ist auf Grundlage der Daten der Krankenhausstatistik im Grunde nur bis einschließlich 2003 durchführbar. Ärzte im Praktikum (AiP) wurden bis einschließlich September 2004 nicht in der Vollkräftestatistik des ärztlichen Dienstes erfasst. Durch die Umwandlung von AiP-Stellen in Arztstellen erscheinen sie seit dem 1.10.2004 auch in der Vollkraftstatistik. Dies führte zu einem kurzfristigen Anstieg der Zahl der Vollkräfte im ärztlichen Dienst, wodurch die Belastungsziffer des ärztlichen Dienstes deutlich sank. Dabei handelt es sich aber zumindest im Jahr 2004 um statistisches Artefakt, das keinen Rückschluss auf die Entwicklung der tatsächlichen Belastung zulässt, denn das als zusätzlich gezählte ärztliche

Personal (AiP) war bereits vorher in Krankenhäusern tätig, nur eben nicht in der Vollkräftestatistik erfasst.

Der Verlauf der Belastungsziffer für den Pflegedienst zeigt einen deutlichen Anstieg ab Mitte der 1990er Jahre, im Zeitraum von 1995 bis 2005 um insgesamt ca. 22 %. Die Darstellung zeigt auch, dass der Stellenzuwachs aufgrund der Pflege-Personalregelung bis 1995 gerade ausreichte, um die steigende Arbeitsbelastung durch den Fallzahlenanstieg aufzufangen. Direkt nach Aufhebung der PPR im Jahr 1996 setzte, bedingt durch den Stellenabbau und gleichzeitigen Fallzahlenanstieg, ein kontinuierlicher Anstieg der Arbeitsbelastung ein.

Im ärztlichen Dienst ist 1993 und 1994 ein Anstieg der Belastungsziffer zu verzeichnen und seit 2000 ein Rückgang. Dabei ist allerdings zu bedenken, dass der Anstieg 1993 und 1994 aus einer Niederlassungswelle von Krankenhausärzten resultierte und – wie an früherer Stelle berichtet – durch die verstärkte Einstellung von Ärzten im Praktikum (AiP) zumindest teilweise kompensiert wurde. Da die Zahl der Vollkräfte im ärztlichen Dienst ohne AiPler ausgewiesen wird, erscheint die verstärkte Einstellung von Ärzten im Praktikum auch nicht in der auf Vollkräfte bezogenen Belastungsziffer. Aber selbst wenn das Arbeitszeitvolumen voll ausgeglichen worden wäre, hätte dies keine vollwertige Kompensation sein können, da Ärzte im Praktikum noch keine volle ärztliche Verantwortung übernehmen dürfen und die Verantwortungslast auf den Ärzten mit abgeschlossener Facharztausbildung lag.



**Abbildung 11:** Vollstationäre Fälle (einschl. Stundenfälle) je Vollkraft in Allgemeinkrankenhäusern. Veränderung gegenüber 1991. Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen.

Für beide Berufsgruppen gibt diese Belastungsziffer die Entwicklung der tatsächlichen Arbeitsbelastung der letzten Jahre sicherlich nur unzureichend wieder. Hauptgrund ist die bereits

erwähnte erhebliche Zunahme der ambulanten Operationen und vor- und teilstationären Behandlungen.

Natürlich kann und will die hier vorgestellte Berechnungsmethodik nicht den Anspruch erheben, eine exakte Berechnung des tatsächlichen Personal-Soll und einer sich daraus ergebenden Unterbesetzung im Pflegedienst der Allgemeinkrankenhäuser zu sein. Etwas derartiges kann aber gegenwärtig niemand vornehmen, da es dazu nicht nur an einer validen Datengrundlage fehlt, sondern auch an einer allgemein anerkannten und geltenden Methodik der Personalbedarfsermittlung (PBE). Schon zu Zeiten der Anhaltszahlenrechnung vor Inkrafttreten der PPR war die Methodik der Personalbedarfsermittlung Gegenstand ständiger Kontroversen insbesondere zwischen den Krankenkassen und Krankenhäusern. Der Versuch, zu einer gemeinsamen Empfehlung der GKV und DKG zu gelangen, scheiterte Ende der 1980er Jahre nach mehreren Jahren ergebnisloser Verhandlungen (Mohr 1988). Nach dem Scheitern stand der Gesetzgeber in der Pflicht, eine gesetzliche Regelung vorzunehmen. Mit der Pflege-Personalregelung kam er dieser Verpflichtung nach.

Mit der ersatzlosen Aufhebung der PPR ab 1996 wurden die Richtwerte für die Personalbemessung wieder beseitigt. Die Beibehaltung einer gesetzlichen Regelung zur Personalbedarfsermittlung und daraus ableitbare Ansprüche der Krankenhäuser bildeten damals einen Fremdkörper (eine Ausnahmeregelung) im System der Budgetdeckelung und erschienen sicherlich vielen in der Gesundheitspolitik als Relikt der überwunden gewählten Zeit des Selbstkostendeckungsprinzips, das den Krankenhäusern einen Anspruch auf Deckung ihrer tatsächlich entstandenen Kosten einräumte.

Mit der Aufhebung der PPR wurde zugleich aber auch jegliche Untergrenze für die Personalbesetzung im Pflegedienst der Normalstationen beseitigt. Damit ist der Krankenhausbereich unter Qualitätssicherungsaspekten noch hinter die Anhaltszahlen von 1969 zurück gefallen. Denn selbst die alten und vielfach wegen ihrer Unzulänglichkeiten kritisierten Anhaltszahlen enthielten eine eindeutige Untergrenze, eine Formel zur Berechnung der so genannte ‚Mindestbesetzung‘ für Normalstationen (Mohr/Kröger 1993).

Es scheint somit dringend geboten, Personalabbau und Personalbesetzung in Krankenhäusern öffentlich zu thematisieren. Dies nicht nur oder in erster Linie aus ‚Fürsorglichkeit‘ und Mitgefühl dem betroffenen Pflegepersonal gegenüber, sondern vor allem wegen der weit reichenden Konsequenzen des Stellenabbaus für die Qualität der Patientenversorgung. Auch wenn es eigentlich unzweifelhaft sein müsste, dass zwischen beidem ein enger Zusammenhang besteht, soll im folgenden doch auf diesen Zusammenhang näher eingegangen werden.

## 10 Zum Zusammenhang von Personalkapazität im Pflegedienst und Qualität der Patientenversorgung

Im Rahmen dieser Untersuchung kann das komplexe Thema der Zusammenhänge zwischen Personalkapazität im Pflegedienst und Ergebnisqualität nur relativ knapp behandelt werden. Es können nur einige Eckpunkte herausgearbeitet werden, um möglichen Zweifeln an der Existenz eines solchen Zusammenhangs auf einer ersten, allerdings noch relativ oberflächlichen Ebene zu begegnen. Eine weitergehende und vertiefende Auseinandersetzung mit derartigen Zweifeln ist erforderlich, sie soll an dieser Stelle aber aus Gründen des ohnehin bereits erreichten Umfangs dieser Studie unterbleiben.

Grundsätzlich ist zunächst einmal festzuhalten, dass im Rahmen der allgemein anerkannten Dreiteilung von Qualität im Gesundheitswesen in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität die Zahl und Qualifikation des patientennah tätigen Personals zu den zentralen Elementen der Strukturqualität eines Krankenhauses zählen (vgl. u. a. Eichhorn 1997: 25 ff.; Hildebrand 2001: 20 ff.; Selbmann 2004: 275). Zwar ist eine ausreichende Personalbesetzung kein Garant für gute Ergebnisqualität, aber sie ist unabdingbare Voraussetzung dafür. Ohne ausreichend Personal kann eine ausreichende oder gar gute Ergebnisqualität in einem so personalintensiven Dienstleistungsbereich wie dem Krankenhaus nicht erreicht werden. Dementsprechend sind Krankenhäuser verpflichtet, in den seit 2005 gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätsberichten auch Daten zur Personalanzahl und Qualifikationsstruktur insbesondere im ärztlichen Dienst und Pflegedienst zu veröffentlichen.<sup>31</sup> Ab 2007 muss die Angabe zudem in Vollzeit-äquivalenten erfolgen, die bisherige Angabe der Personalzahl (Kopfzahl) reicht nicht mehr.

Es kann wohl kaum ernsthaft bezweifelt werden, dass Krankenhäuser ohne Pflegepersonal nicht funktionsfähig sind und das Fehlen von qualifiziertem Pflegepersonal eine Gefahr für die Gesundheit und das Leben von Kranken darstellen. Der Beitrag des Pflegepersonals für die Versorgung von Krankenhauspatienten besteht jedoch keineswegs nur aus unmittelbar körperbezogenen Pflegemaßnahmen und psychosozialer Unterstützung sowie der Organisation des Versorgungsablaufs, wie dies in der öffentlichen Diskussion aber auch der Fachdiskussion gelegentlich erscheint. Würde sich die Tätigkeit des Pflegepersonals allein auf diese Bereiche beschränken, wäre die Vorstellung eines Krankenhauses vollständig ohne Pflegepersonal sicherlich nicht so beunruhigend wie sie es ist, wenn man sich als potenzieller Patient einmal ein solches Szenario ausmalt.

In der öffentlichen Diskussion aber auch in Teilen der Fachdiskussion wird vielfach übersehen, dass zu den Kernaufgaben der Pflege auch und vor allem die Patientenbeobachtung gehört. Im Versorgungsalltag eines Krankenhauses sind es in der Regel Pflegekräfte, die als erste bedrohliche Veränderungen an Patienten wahrnehmen oder in Notfallsituationen als erste am Patienten eintreffen bzw. – wenn sie bereits dort tätig sind – entsprechende Erstmaß-

---

<sup>31</sup> vgl. hierzu die Vereinbarungen der Spitzenverbände über Inhalt und Umfang der strukturierten Qualitätsberichte aus dem Jahr 2003 und die Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 17.10.2006 für die Qualitätsberichte der Jahre ab 2007.

nahmen ergreifen und Ärzte benachrichtigen. Von ihrem Wissen und Können hängt es vielfach ab, ob eine Gefahrensituation schnell erkannt wird, was wiederum Voraussetzung für schnelle ärztliche Hilfe ist. Sie sind es in der Regel, die einen Arzt informieren oder per Notruf alarmieren, damit gegebenenfalls notwendige ärztliche Interventionen erfolgen können. Wäre dieses Bindeglied zwischen Patient und Arzt nicht vorhanden, würden die relativ wenigen Ärzte eines Krankenhauses nicht ausreichen, um eine sichere Versorgung von Schwerkranken in Krankenhäusern zu gewährleisten. Dies gilt in besonderem Maße für alle chirurgischen Abteilungen, deren Ärzte häufig bis spät nachmittags im OP stehen, und insbesondere natürlich für alle Intensivstationen, in denen die Überwachung und Versorgung Schwerstkranker und Schwerstverletzter in erheblichem Umfang in der Verantwortung des Pflegepersonals liegt.

Die vorstehenden Ausführungen erscheinen insofern angebracht, weil die Diskussion über ‚Pflegequalität‘ in deutschen Krankenhäusern häufig sehr eng geführt wird und nicht selten auf Qualitätsindikatoren wie die Häufigkeit des Auftretens von Druckgeschwüren oder die Zufriedenheit von Patienten mit der Freundlichkeit des Pflegepersonals fixiert ist. Der Beitrag von Pflegekräften zur Versorgung von Krankenhauspatienten ist weitaus vielfältiger und komplexer. Die Bedeutung der Krankenbeobachtung und richtigen Einschätzung klinischer Symptome oder aktueller Laborwerte etc. wird an dieser Stelle insbesondere auch deshalb hervorgehoben, weil erst dadurch nachvollziehbar wird, warum in dem nachfolgenden kurssorischen Überblick über Ergebnisse der internationalen Forschung schwerwiegende Komplikationen und die Sterblichkeit von Krankenhauspatienten zu Recht als Parameter für die Auswirkungen der Personalbesetzung im Pflegedienst relativ häufig verwendet wurde.

Bevor ein Überblick über die Ergebnisse internationaler Forschung zum Zusammenhang von Personalkapazität im Pflegedienst und Gesundheit von Krankenhauspatienten gegeben wird, muss noch darauf hingewiesen werden, dass die Pflegequalität natürlich nicht nur durch die Zahl des am Patienten tatsächlich tätigen Pflegepersonals beeinflusst wird. Neben der Anzahl des eingesetzten Personals wirken eine Vielzahl weiterer Faktoren wie beispielsweise Qualifikation, Berufserfahrung, Motivation, Ermüdung/Überlastung, bauliche Gegebenheiten, Infrastrukturleistungen zur Unterstützung der Pflege etc. Dennoch ändert dies nichts daran, dass die Zahl des vorgehaltenen Personals, die Stellenausstattung, von hervorgehobener Bedeutung für die Qualität der Pflege in einem Krankenhaus ist.

## **10.1 Ergebnisse der internationalen Forschung**

Empirische Studien zum Zusammenhang von Personalausstattung des Pflegedienstes und Patientengesundheit sind mittlerweile sehr zahlreich und ihre Ergebnisse wurden bereits in mehreren Literaturübersichten und systematischen Übersichtsarbeiten vergleichend zusammengestellt (vgl. u. a. Heinz 2004; IQWiG 2006; Lang et al. 2004; Langs-bear/Sheldon/Maynard 2005; Numata et al. 2006; Tourangeau/Cranley 2006). Als Stand der

internationalen Forschung kann zusammengefasst werden, dass eine unzureichende Personalbesetzung im Pflegedienst das Risiko insbesondere für die folgenden Ereignisse erhöht:<sup>32</sup>

- mangelhafte Früherkennung und Intervention bei ernsthaften Komplikationen (Aiken et al. 2002; Needleman et al. 2002; Silber/Rosenbaum/Ross 1995)
- Pneumonie (Amaravadi et al. 2000; Cho et al. 2003; Kovner et al. 2002; Lichtig/Knauf/Milholland 1999; Mark et al. 2004; Needleman et al. 2002)
- pulmonale Insuffizienz nach einem Eingriff (Dimick et al. 2001; Pronovost et al. 2001)
- Lungenembolie (Kovner et al. 2002)
- Reintubation (Amaravadi et al. 2000; Dimick et al. 2001; Pronovost et al. 2001)
- Wundinfektion nach chirurgischem Eingriff (Lichtig/Knauf/Milholland 1999; McGillis/Doran/Pink 2004; Unruh 2003)
- Sepsis (Amaravadi et al. 2000)
- internistische Komplikationen (Pronovost et al. 2001)
- gastrointestinale Blutungen (Needleman et al. 2002)
- Venenthrombose (Kovner et al. 2002; Needleman et al. 2002)
- Druckgeschwür (Dekubitus) (Cho et al. 2003; Lichtig/Knauf/Milholland 1999; Mark et al. 2004; Unruh 2003)
- Harnwegsinfektion (Kovner et al. 2002; Mark et al. 2004; Needleman et al. 2002; Sovie/Jawad 2001; Unruh 2003)
- Sturz während des Krankenhausaufenthaltes (Blegen/Vaughn 1998; Sovie/Jawad 2001; Unruh 2003; Whitman 2002)
- Medikationsfehler (Blegen/Vaughn 1998; McGillis/Doran/Pink 2004; Whitman 2002)

Mehrere Studien haben darüber hinaus auch das Risiko untersucht, im Krankenhaus oder innerhalb von 30 Tagen nach einer Krankenhausaufnahme zu versterben, und einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen der Personalbesetzung im Pflegedienst und dem Mortalitätsrisiko festgestellt:

- Versterben während des Krankenhausaufenthaltes (Aiken/Smith/Lage 1994; Bond et al. 1999; Manheim et al. 1992; Mark et al. 2004; Needleman et al. 2002; Person et al. 2004; Rafferty et al. 2007; Silber/Rosenbaum/Ross 1995)
- Versterben innerhalb von 30 Tagen nach der Krankenhausaufnahme (30-day-mortality) (Aiken et al. 2002; Person et al. 2004; Tourangeau et al. 2002)

Wie das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen allerdings zu Recht deutlich machte, unterscheiden sich die Forschungsdesigns sowohl hinsichtlich der Methodik als auch der verwendeten Messgrößen und ihre Ergebnisse sind insofern nicht uneingeschränkt miteinander vergleichbar (IQWiG 2006: 13 ff.). Auch erscheinen einige der Studiendesigns wenig geeignet, beispielsweise solche, in denen die Ergebnisqualität mittels Be-

---

<sup>32</sup> Dass nicht alle Studien zu denselben Ergebnissen geführt haben, liegt vor allem darin begründet, dass nicht alle Studien alle Indikatoren gemessen haben, sondern jeweils unterschiedliche Ereignisse als Qualitätsindikator nutzten.

fragungen von Pflegekräften erhoben wurde. Unter den vorliegenden Studien sind aber auch zahlreiche, die hohen methodischen Anforderungen genügen und beispielsweise die Ergebnisqualität auf Grundlage von Routinedaten amtlicher Statistiken ermittelten (bspw. der Daten der amerikanischen staatlichen Medicare Versicherung). Zudem liegen international bereits mehrere hochwertige systematische Übersichtsarbeiten vor, die – anders als das IQWiG – zu dem Ergebnis kamen, dass aufgrund der internationalen Forschungslage sehr wohl von einem nachgewiesenen eindeutigen Zusammenhang zwischen Personalbesetzung des Pflegedienstes und Qualität der Patientenversorgung auszugehen ist (vgl. Heinz 2004; Lang et al. 2004; Langsbear/Sheldon/Maynard 2005; Numata et al. 2006; Tourangeau/Cranley 2006).

Hinweise auf methodische Mängel einiger bisheriger Studien können auch grundsätzlich nicht als Argument dienen, um die Existenz eines Zusammenhanges zwischen Personalkapazität im Pflegedienst der Krankenhäuser und Qualität der Patientenversorgung generell zu leugnen. Dies war auch offensichtlich nicht Intention der Mitarbeiter des IQWiG, die in der Schlussbetrachtung deutlich herausstellen, dass es aus ihrer Sicht in Deutschland bei der Frage der Auswirkungen des Stellenabbaus im Pflegedienst der Krankenhäuser auf die Patientenversorgung einen „erheblichen Forschungsbedarf“ (IQWiG 2006: 61) gebe.

Die Notwendigkeit einer wissenschaftlichen Erforschung der aktuellen Entwicklungen im Krankenhausbereich insbesondere im Hinblick auf deren Auswirkungen auf die Versorgungsqualität wird auch von der Bundesregierung anerkannt. So sollte die Einführung des DRG-Systems eigentlich im Rahmen einer Begleitforschung bereits seit 2002 evaluiert werden. Ein gesetzlicher Auftrag hierzu wurde 2002 in § 17b Abs. 8 KHG eingefügt. Die Spitzenverbände im Krankenhausbereich, Deutsche Krankenhausgesellschaft und Spitzenverbände der GKV und PKV, sollten entsprechende Forschungsaufträge ausschreiben, und erste Ergebnisse hätten laut Gesetz bereits 2005 vorgelegt werden müssen. Bislang wurden jedoch keine Forschungsaufträge vergeben. Das BMG kritisierte die Spitzenverbände deswegen im Sommer dieses Jahres in der Antwort auf eine parlamentarische Anfrage (Bundesregierung 2007). Unklärlich bleibt aber, warum das BMG angesichts des offensichtlichen Versäumnisses und der Missachtung des gesetzlichen Auftrages nicht bereits seinerseits aktiv geworden ist. In anderen Angelegenheiten, die dem BMG wichtig waren, hatte es bereits mehrfach von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, Entscheidungen, die die gemeinsame Selbstverwaltung nicht zu treffen in der Lage oder gewillt war, im Rahmen einer so genannten ‚Ersatzvornahme‘ auf dem Verordnungsweg zu treffen.



## 11 Schlussbetrachtung

Die wichtigsten Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung können nun wie folgt zusammengefasst werden:

- Es hat zwischen 1995 und 2005 einen erheblichen Stellenabbau in Allgemeinkrankenhäusern gegeben. Insgesamt wurde das nicht-ärztliche Personal um ca. 104.000 Vollkraftstellen oder ca. 14 % abgebaut.
- Der Stellenabbau erfolgte vor allem in drei Dienstarten. Im Wirtschafts- und Versorgungsdienst wurden ca. 30.600 Vollkräfte abgebaut, beim klinischen Hauspersonal (Reinigungsdienste, Küche, Wäscherei etc.) ca. 17.000 und im Pflegedienst waren es ca. 44.000 Vollkraftstellen. Im Wirtschafts- und Versorgungsdienst sowie beim klinischen Hauspersonal wurde zwar die Zahl der in diesen Bereichen tätigen Krankenhausbeschäftigten reduziert, dies aber vielfach durch Outsourcing und Ausgründung in gesonderte Servicegesellschaften. Die davon betroffenen Krankenhausbeschäftigten erscheinen dadurch nicht mehr in der Krankenhausstatistik, sind aber häufig weiterhin in den Krankenhäusern tätig, allerdings nun als Beschäftigte privater Dienstleistungsunternehmen.
- Im Unterschied zu den beiden anderen vom Stellenabbau stark betroffenen Bereichen, handelt es sich beim Stellenabbau im Pflegedienst um einen effektiven Abbau von Personalkapazitäten. Dies ist insofern von besonderer Bedeutung, weil die Pflege direkt am Patienten tätig ist und ein Stellenabbau in dem erfolgten Umfang mit hoher Wahrscheinlichkeit unmittelbare Auswirkungen auf die Qualität der Patientenversorgung hat.
- Im Unterschied zu den anderen Berufsgruppen wurde der ärztliche Dienst zwischen 1995 und 2005 um ca. 19.000 Vollkraftstellen oder 19,5 % erweitert.
- Der Saldo des Abbaus von 104.000 Vollkraftstellen im nicht-ärztlichen Bereich und des Ausbaus der Arztstellen um ca. 19.000 ergibt ‚unter dem Strich‘ einen Abbau an Vollkraftstellen in Allgemeinkrankenhäusern um ca. 85.000 oder 10,2 %.
- Wie die vorliegende Analyse von Daten der Krankenhausstatistik zeigte, war der personelle Ausbau des ärztlichen Dienstes in diesem Umfang nur möglich durch die krankenhausesinterne Umverteilung von Mitteln. Um den ärztlichen Dienst ausbauen zu können, wurden offenbar Stellen in anderen Dienstarten gestrichen.

Die Analyse der Ursachen des Stellenabbaus ergab folgende Ergebnisse:

- Primärer Auslöser des Stellenabbaus war die seit mittlerweile ca. 15 Jahren im Krankenhausbereich geltende Deckelung der Krankenhausbudgets. Sie setzte 1992 ein, allerdings zunächst noch relativ moderat. Ihre Verschärfung ab 1996 und mehrfache pauschale Kürzungen aller Krankenhausbudgets erhöhten den wirtschaftlichen Druck auf Krankenhäuser und zwangen vielfach zu Einsparungen bei den Personalkosten.
- Die GKV-Gesundheitsreform 2000 enthielt den Grundsatzbeschluss, dass die Krankenhausfinanzierung in Deutschland auf ein international bereits eingesetztes DRG-Fallpauschalensystem umgestellt wird. Die Einführung des DRG-Systems war mit dem erklärten politischen Ziel verbunden, dass ein Teil der Krankenhäuser zu ‚Verlierern‘

werden soll, die auf Grund der an Durchschnittskosten orientierten DRG-Fallpauschalen Verluste erleiden. Der dadurch erzeugte wirtschaftliche Druck auf eine Vielzahl von Krankenhäusern führte dazu, dass im Pflegedienst Stellen in erheblichem Umfang abgebaut wurden. Allein in den Jahren 2002-2004 waren es zusammen genommen ca. 24.400 Vollkraftstellen.

- Eine Analyse der Kostendaten der Krankenhausstatistik ergab allerdings, dass mit der Budgetdeckelung und Einführung des DRG-Systems nur ein Teil des Stellenabbaus im Pflegedienst erklärt werden kann. Lediglich ca. 44 % der zwischen 1995 und 2005 abgebauten 44.000 Stellen waren auf Grund der Budgetentwicklung der Allgemeinkrankenhäuser insgesamt erforderlich. Die verbleibenden ca. 56 % oder ca. 25.000 Vollkraftstellen im Pflegedienst wurden offenbar für Zwecke der internen Umverteilung von Finanzmitteln gestrichen. Hauptzweck dieser Umverteilung war offenbar die Finanzierung zusätzlicher Arztstellen.

Zur Bedeutung und den Auswirkungen des Stellenabbaus ergab die Untersuchung folgende Ergebnisse:

- Zwar liegen noch keine Forschungsergebnisse zu den Auswirkungen des Stellenabbaus im Pflegedienst deutscher Krankenhäuser vor, dafür aber eine Vielzahl von internationalen Studien.
- Die Ergebnisse der internationalen Forschung weisen darauf hin, dass eine Erhöhung der Arbeitsbelastung und Verschlechterung der Betreuungsrelation im Pflegedienst der Krankenhäuser negative Auswirkungen auf die Ergebnisqualität haben. Je mehr Patienten eine Pflegekraft im Krankenhaus durchschnittlich zu versorgen hat, desto höher ist das Risiko für Patienten, im Krankenhaus eine schwerwiegende Komplikationen zu erleiden oder sogar zu versterben.

Die hier vorgestellten Ergebnisse der Untersuchung deuten auf dringenden Handlungsbedarf hin. Offensichtlich befindet sich der Pflegedienst der Krankenhäuser in einer Abwärtsspirale. Da es seit Abschaffung der Pflege-Personalregelung im Jahr 1996 keinerlei vorgegebene Untergrenze für den Stellenabbau im Pflegedienst mehr gibt, muss damit gerechnet werden, dass der Stellenabbau weiter fortgesetzt wird. Auch wenn die Untersuchung zu dem Ergebnis führte, dass rein rechnerisch ca. 56 % des bisherigen Stellenabbaus im Pflegedienst auf Grund der Gesamtausgabenentwicklung nicht erforderlich gewesen wären, so bleibt die gesetzliche Regelung der Krankenhausfinanzierung dennoch die entscheidende Ursache des Stellenabbaus. Es sind nicht allein die direkt gesetzlich verfügbaren Budgetbegrenzungen und Budgetabsenkungen, die als Auswirkungen der Krankenhausfinanzierung in Rechnung gestellt werden dürfen. Im Falle des DRG-Systems war es offensichtlich vor allem die Ankündigung von zum Teil dramatischen Budgetabsenkungen bei Verlierer-Krankenhäusern, die erhebliche Wirkungen auf das Management zahlreicher Krankenhäuser hatte. Zu den Auswirkungen des DRG-Systems muss folglich auch die erhebliche Verunsicherung und Bedrohung der wirtschaftlichen Existenz von Krankenhäusern gezählt werden. Die erhebliche Verunsicherung des Kran-

kenhausbereichs war – nebenbei bemerkt – keine unbeabsichtigte Nebenwirkung, sondern wurde sowohl vom BMG als auch insbesondere von den Krankenkassen sehr gezielt eingesetzt.

Als Fazit der Studie ist somit festzuhalten, dass die zentrale Verantwortung für die Entwicklung beim Gesetzgeber liegt. Er steht in der Verantwortung, zu intervenieren. Es steht eine Diskussion darüber an, ob die Entwicklung mittlerweile nicht so weit ist, dass die Vorgabe von Richtwerten für die Personalbesetzung des Pflegedienstes in Krankenhäusern erforderlich ist. Für die Notwendigkeit der Vorgabe von Richtwerten können insbesondere die folgenden Argumente angeführt werden:

- Die Personalbesetzung des Pflegedienstes in Allgemeinkrankenhäusern befindet sich in einer Abwärtsspirale – ohne vorgegebenen Endpunkt. Es gibt keine Richtwerte für eine bedarfsgerechte Besetzung oder Untergrenze im Sinne einer Mindestbesetzung, wie sie sogar noch die alten Anhaltszahlen von 1969 vorsahen. Ohne Intervention muss deshalb mit einer fortschreitenden Verschlechterung der personellen Besetzung der Pflege in Krankenhäusern gerechnet werden, die – dafür sprechen die Ergebnisse internationaler Forschung – das Risiko einer zunehmenden Gefährdung der Gesundheit von Krankenhauspatienten in sich birgt.
- Die Personalbesetzung des Pflegedienstes zählt zu den wichtigsten Elementen der Strukturqualität im Krankenhaus. Obwohl die Politik eine zunehmende Orientierung des Wettbewerbs im Krankenhausbereich an der Qualität fordert, gibt es keine Richtwerte für eine gute Strukturqualität. Kliniken sind zwar verpflichtet, in ihren Qualitätsberichten die Zahl der Vollkräfte im Pflegedienst auszuweisen, jedoch gibt es keine Orientierungswerte für eine angemessene oder bedarfsgerechte Personalausstattung, mit denen diese Angaben verglichen werden können. Insofern würden Richtwerte auch einen Beitrag zur Vergleichbarkeit der Strukturqualität von Krankenhäusern leisten.
- Das DRG-System hat zu einem Kostensenkungs-Wettbewerb geführt. Krankenhäuser, die überproportional viele Stellen abbauen, erreichen dadurch Kostenvorteile. Krankenhäuser, die eine qualitativ und quantitativ hochwertige Personalausstattung vorhalten, werden durch die an den Durchschnittskosten orientierten DRG-Fallpauschalen wirtschaftlich bestraft. Hier könnten Richtwerte die Wettbewerbsposition qualitätsorientierter Krankenhäuser stärken.
- Da der Stellenabbau weit über das durch die Budgetentwicklung notwendige Maß hinausging, muss damit gerechnet werden, dass bei einer nicht ausreichend zielgenauen Bereitstellung von zusätzlichen Mitteln für eine verbesserte Personalkapazität in der Pflege diese Mittel vom Krankenhausmanagement für andere Zwecke genutzt werden. Die erforderlichen zusätzlichen Mittel müssen folglich zweckgebunden werden, ihre Höhe muss nach Richtwerten bemessen werden und die zweckentsprechende Verwendung der Mittel muss überprüft werden. Eine solche Verbindlichkeit ist sicherlich nur durch eine gesetzgeberische Vorgabe zu erreichen. Auf eine entsprechende Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner Deutsche Krankenhausgesellschaft und GKV-Spitzenverbände zu hoffen, ließe

sich vor dem Hintergrund der gescheiterten Verhandlungen über eine gemeinsam Empfehlung zur Personalbemessung in den 1980er nicht rechtfertigen.

Die Vorgabe einer gesetzlichen Regelung zur Bemessung der Stellenpläne im Pflegedienst der Krankenhäuser könnte sich an der Pflege-Personalregelung orientieren beziehungsweise sie zumindest vorübergehend nutzen. Auch wenn die PPR vielfach wegen ihrer Mängel kritisiert wurde, mit ihr wäre ein erprobtes Instrument zur Ermittlung eines Personal-Solls relativ schnell verfügbar. Bis zur Entwicklung eines neuen, besseren Instruments, das möglichst auch den Bereich der Intensivstationen einschließen sollte, könnte die PPR zumindest für die Normalstationen als Übergangslösung dienen. Wer die PPR für diesen Zweck ablehnt, wird die Frage beantworten müssen, was stattdessen eingesetzt werden sollte.

Eine weiteres Zuwarten und untätiges Beobachten der Entwicklung ist nicht zu rechtfertigen und spätestens dann kritikwürdig, wenn man anerkennt, dass es einen Zusammenhang zwischen der Personalbesetzung im Pflegedienst und der Gesundheit von Krankenhauspatienten gibt, wie es nicht nur die Ergebnisse zahlreicher internationaler Studien, sondern vor allem die Erfahrung der Pflegekräfte und auch der normale Alltagsverstand nahe legen.

## 12 Literatur

- A-Länder (2007): Positionspapier der A-Länder zur GMK am 8. März in Stuttgart "Zukunft der Krankenhausversorgung". Online verfügbar unter: <http://www.dkgev.de/dkgev.php/cat/72/aid/2344/title/Zukunft+der+Krankenhausversorgung+-+Beschluss+der+Sonder-Gesundheitsministerkonferenz> (05.04.2007).
- Aiken, Linda H.; Clarke, Sean P.; Sloane, Douglas M. et al. (2002): Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. In: JAMA 288, 16: 1987-1993.
- Aiken, Linda H.; Smith, H.L.; Lage, E.T. (1994): Lower medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care. In: Medical Care 32: 771-787.
- Alber, Jens (1990): Ausmaß und Ursachen des Pflegenotstandes in der Bundesrepublik. In: Staatswissenschaften und Staatspraxis 1, 3: 335-362.
- Amaravadi, Ravi K.; Dimick, Justin B.; Pronovost, Peter J. et al. (2000): ICU nurse-to-patient ratio ist associated with complications and resource use after esophagectomy. In: Intensive Care Medicine 26: 1857-1862.
- AOK-Bundesverband (2007): Krankenhausbezogene Zusammenstellung der vereinbarten Basisfallwerte (Stand: 14.02.2007). Online verfügbar unter: <http://www.aok-gesundheitspartner.de/bundesverband/krankenhaus/budgetverhandlung/basisfallwerte> (14.03.2007).
- AOK-Bundesverband (lfd. Jge.): Presseschau. Online verfügbar unter: <http://www.aok-presseschau.de>.
- Augurzyk, Boris; Engel, Dirk; Krolow, Sebastian et al. (2005): Krankenhaus Rating Report 2006: Wege zu einer nachhaltig finanzierbaren Patientenversorgung. Entwicklung deutscher Krankenhäuser bis 2010. Essen: RWI.
- Bähr, Christa; Fuchs, Patrick; Geis, Ulrich (2006): Kliniken-Privatisierungswelle. Frankfurt/M.: DZ-Bank AG Deutsche Zentral-Genossenschaftsbank.
- BALK, Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Pflegepersonen (2006): "Patient in Not - diese Reform schadet allen". Online verfügbar unter: <http://www.deutscher-pflegerat.de/presse.html>.
- Bartholomeyczik, Sabine (1987): Arbeitsbedingungen und Gesundheitsstörungen bei Krankenschwestern - Ergebnisse einer Untersuchung. In: Deutsche Krankenpflegezeitschrift 40, 1: Beilage.
- Bartholomeyczik, Sabine (1993): Arbeitssituation und Arbeitsbelastung beim Pflegepersonal im Krankenhaus. In: Badura, Bernhard; Feuerstein, Günter; Schott, Thomas (Hrsg.), System Krankenhaus. Arbeit, Technik und Patientenorientierung. Weinheim: Juventa, 83-99.
- Baum, Georg; Tuschen, Karl-Heinz (2000): Die Chancen nutzen. Überlegungen zu den ordnungspolitischen Rahmenbedingungen des neuen DRG-Entgeltsystems. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus 17, 5: 449-460.
- Becker-Wenzel, Anke; Sperling, Joe (2007): Gefährdete Patienten - Pflegenotstand in Krankenhäusern. Beitrag in der ZDF-Sendung "Frontal 21" vom 13.11.2007. Online verfügbar unter: <http://www.zdf.de/ZDF/download/0.5587.7001272.00.pdf> (14.11.2007).
- Bergius, Michael (2007): Zu wenig Zeit für die Patienten. Pflegeforscher prangern Missstände in deutschen Kliniken an. Frankfurter Rundschau, 19.07.2007.
- Billing, Arend; Thalhammer, M.; Hornung, H. et al. (2004): DRG und Krankenhäuser der Maximalversorgung: Ausmaß und Ursachen der Unterfinanzierung. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus 21, 4: 375-378.
- Blegen, M. A.; Vaughn, T. A. (1998): A multisite study of nurse staffing and patient occurrences. In: Nursing Economics 16: 196-203.
- BMG, Bundesministerium für Gesundheit (1993): Ermittlung der Budgets und der Pflegesätze in den Jahren 1993-1995. Berechnungsschema aufgrund des ab dem 1. Januar 1993 geltenden Rechts. In: Das Krankenhaus 85, 3: Redaktionsbeilage.
- Böge, Ulf (2007): Der Markt für Krankenhausleistungen aus Sicht des Bundeskartellamts. In: Klauber, Jürgen; Robra, Bernt-Peter; Schellschmidt, Henner (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2006. Stuttgart/New York: Schattauer, 35-48.
- Bond, C.A.; Raehl, Cynthia L.; Pitterle, Michael E. et al. (1999): Health Care Professional Staffing, Hospital Characteristics, and Hospital Mortality Rates. In: Pharmacotherapy 19, 2: 130-138.
- Braun, Bernard; Müller, Rolf (2005): Arbeitsbelastungen und Berufsausstieg bei Krankenschwestern. In: Pflege & Gesellschaft 10, 3: 131-141.
- Breßlein, Susan; Heimig, Frank; Möcks, Günter (2000): Vorbereitung von Krankenhäusern auf die DRGs. In: Das Krankenhaus 92, 12: 980-986.
- Brügger, Urs; Bamert, Ulrich; Maeder, Christoph et al. (2002): LEP - Beschreibung der Methode LEP Nursing 2. Leistungserfassung für die Gesundheits- und Krankenpflege. St. Gallen: LEP AG.

- Bundesregierung (2007): Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage der Abgeordneten Frank Spieth, Klaus Ernst, Dr. Martina Bunge, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. Bundestags-Drucksache 16/6063 vom 1.08.2007.
- Cho, S. H.; Ketefian, S.; Barkauskas, V. H. et al. (2003): The effects of nurse staffing on adverse events, morbidity, mortality, and medical costs. In: Nursing Research 52: 71-79.
- Dimick, Justin B.; Swoboda, Sandra M.; Pronovost, Peter J. et al. (2001): Effect of Nurse-to-Patient Ratio in the Intensive Care Unit on Pulmonary Complications and Resource Use after Hepatectomy. In: American Journal of Critical Care 10, 6: 376-382.
- DIP, Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (2007): Pflege-Thermometer 2007. Eine bundesweite repräsentative Befragung zur Situation und zum Leistungsspektrum des Pflegepersonals sowie zur Patientensicherheit im Krankenhaus. Köln: DIP.
- DKG (1990): DKG zur Situation in den Pflegeberufen. In: Das Krankenhaus 82, 11: 508 ff.
- DKG, Deutsche Krankenhausgesellschaft (2002): Auswirkungen der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V. Online verfügbar unter: <http://www.dkgev.de/dkgev.php/cat/58/aid/330/title/Auswirkungen+der+Ver%E4nderungsrate+nach+%A7+71+Abs.+3> (22.06.2007).
- DKG, Deutsche Krankenhausgesellschaft (2006a): Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern - Stand: Januar 2006. Online verfügbar unter: <http://www.dkgev.de/dkgev.php/cat/9/title/Downloads> (6.02.2007).
- DKG, Deutsche Krankenhausgesellschaft (2006b): Tarifabschluss in kommunalen Kliniken. Pressemitteilung vom 18.8.2006. Online verfügbar unter: <http://www.dkgev.de/dkgev.php/cat/35/aid/1990/title/Krankenh%E4user+brauchen+3+Prozent+mehr+Budget> (31.08.2007).
- DKG, Deutsche Krankenhausgesellschaft (2006c): Zahlen - Daten - Fakten 2006. Berlin: DKG.
- DKG, Deutsche Krankenhausgesellschaft (2007a): Anstieg der Klinikausgaben erneut geringer – Sanierungsabgabe muss gestrichen werden. (Online).
- DKG, Deutsche Krankenhausgesellschaft (2007b): Ausgaben für Klinikleistungen nur äußerst moderat gestiegen – Aufschwung geht an den Krankenhäusern vorbei. Online verfügbar unter: <http://www.dkgev.de/dkgev.php/cat/35/aid/2595/title/DKG+zu+den+GKV-Finanzergebnissen+%FCr+das+1.+Halbjahr+2007>.
- DKG, Deutsche Krankenhausgesellschaft (2007c): Baum: Sanierungsbeitrag verschärft Stellenabbau im Krankenhaus. Pressemitteilung der DKG vom 18.7.2007. Online verfügbar unter: <http://www.dkgev.de/dkgev.php/cat/35/aid/2528/title/DKG+zur+Vorstellung+des+%84Pflege-Thermometers+2007%93> (30.07.2007).
- DKG, Deutsche Krankenhausgesellschaft (2007d): DKG zum Abbau von Arbeitsplätzen im stationären Sektor. Baum: Sanierungsbeitrag streichen – Arbeitszeitgesetz ändern. Pressemitteilung vom 9.1.2007. Online verfügbar unter: <http://www.dkgev.de/dkgev.php/cat/35/aid/2237/title/DKG+zum+Abbau+von+Arbeitspl%E4tzen+im+station%E4ren+Sektor> (30.8.2007).
- DKG, Deutsche Krankenhausgesellschaft (2007e): Konzept für die Ausgestaltung des ordnungspolitischen Rahmens ab dem Jahr 2009. Online verfügbar unter: <http://www.dkgev.de/dkgev.php/cat/6/title/Positionen> (04.04.2007).
- DKI, Deutsches Krankenhausinstitut (1999): Begleitforschung zur Bundespflegesatzverordnung 1995. Abschlußbericht. Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut.
- DKI, Deutsches Krankenhausinstitut (2000): Krankenhausbarometer - Herbstumfrage. Online verfügbar unter: <http://dki.comnetinfo.de/index.php?TM=0&BM=2&LM=114> (1.02.2007).
- DKI, Deutsches Krankenhausinstitut (2002a): Krankenhaus-Trends 2002: 27.300 Stellen in deutschen Krankenhäusern gefährdet! Online verfügbar unter: <http://dki.comnetinfo.de/index.php?TM=0&BM=2&LM=113> (1.02.2007).
- DKI, Deutsches Krankenhausinstitut (2002b): Krankenhausbarometer - Frühjahrsumfrage. Online verfügbar unter: <http://dki.comnetinfo.de/index.php?TM=0&BM=2&LM=114> (1.02.2007).
- DKI, Deutsches Krankenhausinstitut (2003): Krankenhausbarometer - Umfrage 2003. Online verfügbar unter: <http://dki.comnetinfo.de/index.php?TM=0&BM=2&LM=114> (1.02.2007).
- DKI, Deutsches Krankenhausinstitut (2004a): Krankenhaus-Trends Erhebung September 2004: Zahlungsverzögerungen und Zahlungsverweigerungen durch die Gesetzlichen Krankenkassen. Online verfügbar unter: <http://dki.comnetinfo.de/index.php?TM=0&BM=2&LM=113> (1.02.2007).
- DKI, Deutsches Krankenhausinstitut (2004b): Krankenhausbarometer - Erhebung 2004. Online verfügbar unter: <http://dki.comnetinfo.de/index.php?TM=0&BM=2&LM=114> (1.02.2007).
- DKI, Deutsches Krankenhausinstitut (2005): Krankenhausbarometer - Umfrage 2005. Online verfügbar unter: <http://dki.comnetinfo.de/index.php?TM=0&BM=2&LM=114> (1.02.2007).

- DKI, Deutsches Krankenhausinstitut (2006): Krankenhausbarometer - Umfrage 2006. Online verfügbar unter: <http://dki.comnetinfo.de/index.php?TM=0&BM=2&LM=114> (1.02.2007).
- DKI, Deutsches Krankenhausinstitut (2007a): DKI-Management-Report. Online verfügbar unter: <http://dki.comnetinfo.de/index.php?TM=0&BM=5&LM=1> (24.08.2007).
- DKI, Deutsches Krankenhausinstitut (2007b): Krankenhaus Barometer. Umfrage 2007. Online verfügbar unter: <http://dki.comnetinfo.de/PDF/Bericht%20KH%20Barometer%202007.pdf>.
- DPR, Deutscher Pflegerat (2006): Pflegepersonalabbau in den Kliniken bringt Patientenversorgung in Gefahr. Online verfügbar unter: <http://www.deutscher-pflegerat.de/presse.html>.
- Eichhorn, Siegfried (1997): Integratives Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Konzeption und Methoden eines qualitäts- und kostenintegrierten Krankenhausmanagements. Stuttgart: Kohlhammer.
- Ernst&Young (2005): Jedes vierte Krankenhaus muss schließen - private Gesundheitszentren auf Wachstumskurs. Online verfügbar unter: [http://www.ey.com/Global/content.nsf/Germany/Presse\\_-\\_Pressemitteilungen\\_2005\\_-\\_Deutscher\\_Gesundheitsmarkt](http://www.ey.com/Global/content.nsf/Germany/Presse_-_Pressemitteilungen_2005_-_Deutscher_Gesundheitsmarkt) (28.11.2006).
- Friedrich, Jörg; Leclercque, G.; Paschen, K. (2007): Die Katalogrevision beeinflusst die Konvergenz. Die Verlierer- und Gewinnerrolle ist nicht auf ewig festgeschrieben. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus 24, 4: 425-427.
- Galatsch, Michael; Krüger, Cäcilia; Quasdorf, Tina et al. (2007): Die Auswirkungen der DRG-Einführung aus Sicht der Pflege. In: Pflegezeitschrift, 5: 272-276.
- Gerdemann, Werner (2007): Krankenhausreform 2009. In: Die Ersatzkasse 87, 7: 259.
- GKV, Spitzenverbände der (1993): Umsetzungshinweise der Spitzenverbände der GKV zu den Budget- und Pflegesatzverhandlungen 1994 vom 26.10.1993. In: Das Krankenhaus 12: 539-549.
- GMK, Gesundheitsministerkonferenz (2007): Zukunft der Krankenhausversorgung. Beschluss der 80. Gesundheitsministerkonferenz 2007. Sonderkonferenz am 8. März 2007 in Stuttgart. Online verfügbar unter: [http://www.gmkonline.de/?&nav=beschluesse\\_80](http://www.gmkonline.de/?&nav=beschluesse_80) (05.04.2007).
- Haack, Hansjörg (1993a): Eigenverantwortlich und effizient - die kommunale Krankenhaus-GmbH. In: Krankenhaus Umschau 62, 11: 974-978.
- Haack, Hansjörg (1993b): Eine Krankenhaus-GmbH ist keine Privatklinik. In: Krankenhaus Umschau 62, 12: 1092-1095.
- Hausner, Elke; Juchems, Stefan; Richter, Inga et al. (2005): Arbeitsstrukturen in der Pflege im Krankenhaus und die Einführung der DRGs. In: Pflege & Gesellschaft 10, 3: 125-130.
- Heinz, Diane (2004): Hospital Nurse Staffing and Patient Outcomes. A Review of Current Literature. In: Dimensions of Critical Care Nursing 23, 1: 44-50.
- Helmig, Bernd (1994): Outsourcing. Ein Mittel zur Ausschöpfung von Kostensenkungspotential im Krankenhaus. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus 11, 5: 380-386.
- Hildebrand, Rolf (2001): Das bessere Krankenhaus. Total Quality planen, umsetzen, managen. Neuwied: Luchterhand.
- IfD, Institut für Demoskopie Allensbach (2007): Das deutsche Krankenhaus: Lob und Kritik. Gute Ärzte, gutes Pflegepersonal - aber vielfach Personalmangel. Allensbacher Berichte 18/2007. Online verfügbar unter: <http://www.ifd-allensbach.de>.
- IQWiG, Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2006): Zusammenhang zwischen Pflegequalität und Ergebnisqualität in der stationären Versorgung. Eine systematische Übersicht. Online verfügbar unter: <http://www.iqwig.de/pm-pflegekapazitaet.458.html> (05.10.2006).
- Jeschke, Horst A.; Hailer, Bettina (Hg.) (1995): Outsourcing im Klinikbereich. Fremdvergabe krankenhausspezifischer Leistungen. Kulmbach: Baumann Fachzeitschriftenverlag.
- Job, Frank Peter; Leffler, Kathrin; Voigt, Heike (2007): Delegation ärztlicher Aufgaben an den Pflegedienst. In: Das Krankenhaus 99, 1: 38-41.
- Kolb, Thomas (2004): Ambulantes Operieren: Die Chancen überwiegen. Kosten und Menge müssen im richtigen Verhältnis stehen. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus 21, 4: 356-361.
- Königer, Hubert (2000): Zum Handlungsbedarf in den deutschen Krankenhäusern für die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems nach § 17b KHG. Studie im Auftrag der DKG: [www.dkgev.de](http://www.dkgev.de).
- Königer, Hubert; Offermanns, Matthias; Schilz, Patricia (2005): Detaillierte Betriebsanalyse im DKI-Management-Report (II). In: Das Krankenhaus 97, 6: 487-489.
- Koruhn, Petra (2007): Experte warnt vor mangelhafter Pflege. Abbau von Personal gefährdet die Patienten, so eine Studie. Revierkliniken wehren sich: Qualität ist gut. Westdeutsche Allgemeine, 19.07.2007.
- Kovner, Christine; Jones, Cheryl; Zhan, Chunliu et al. (2002): Nurse Staffing and Postsurgical Adverse Events: An Analysis of Administrative Data from a Sample of U.S. Hospitals, 1990-1996. In: Health Services Research 37, 3: 611-629.
- Krämer, M.; Mues, L. (2002): Krankenhausmarkt vor dramatischem Umbruch. DRGs beschleunigen Privatisierungsschritte. In: Die Ersatzkasse, 1: 18-22.
- Kühn, Hagen (1995): Zwanzig Jahre »Kostenexplosion«. Anmerkungen zur Makroökonomie einer Gesundheitsreform. In: Jahrbuch für kritische Medizin 24: 145-160.



- Lang, Thomas A.; Hodge, Margaret; Olson, Valerie et al. (2004): Nurse-Patient Ratios: A Systematic Review on the Effects of Nurse Staffing on Patient, Nurse Employee, and Hospital Outcomes. In: *Journal of Nursing Administration* 34, 7/8: 326-337.
- Langsbear, Annette J.; Sheldon, Trevor A.; Maynard, Alan (2005): Nurse Staffing and Healthcare Outcomes. A Systematic Review of the International Research Evidence. In: *Advances in Nursing Science* 28, 2: 163-174.
- Lauterbach, Karl W.; Lungen, Markus; Meurer, Uta et al. (2004): Hemmen die DRG den Zahlungsfluss? f&w-Trendanalyse zur Liquiditätssituation der Krankenhäuser. In: *führen und wirtschaften im Krankenhaus* 21, 2: 108-109.
- Lichtig, L. K.; Knauf, R. A.; Milholland, D. K. (1999): Some impacts of nursing on acute care outcomes. In: *Journal of Nursing Administration* 29: 25-33.
- Lippert, Heinrich; Mohr, Friedrich
- Ossen, Peter; Pauls, Manfred (1991): Berufe fürs Leben. Eine Initiative für die Pflegeberufe. In: *Das Krankenhaus* 83, 1: 1-5.
- Manheim, L. M.; Feinglass, J.; Shortall, S. M. et al. (1992): Regional variation in medicare hospital mortality. In: *Inquiry* 29: 55-66.
- Mark, B.A.; Harless, D.W.; McCue, M. et al. (2004): A longitudinal examination of hospital registered nurse staffing and quality of care. In: *Health Services Research* 39: 279-301.
- McGillis, H.; Doran, D.; Pink, G. (2004): Nurse staffing models, nursing hours, and patient safety outcomes. In: *Journal of Nursing Administration* 34: 41-45.
- MedInfoWeb (lfd. Jge.): Newsletter. Online verfügbar unter: <http://www.medinforeweb.de/drg.php?cat01=21&cat04=0>.
- Mergner, Ulrich (1990): Arbeitsbelastungen in der Krankenpflege: oberflächlicher Konsens, begrenztes Wissen und unzulängliche Veränderungen. In: *Jahrbuch für kritische Medizin* 15: 140-166.
- Metzger, Franz (2004): DRGs für Einsteiger. Lösungen für Kliniken im Wettbewerb. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Mohr, Friedrich W. (1988): Morbus Neunzehn. In: *Das Krankenhaus* 80, 10: 452-456.
- Mohr, Friedrich W. (1995): Zurück in die Zukunft: Notbremsung II. In: *Krankenhaus Umschau* 64, 12: 976-979.
- Mohr, Friedrich W.; Kröger, Joachim (1993): Grundlagen der Personalbedarfsermittlung im Krankenhaus. Düsseldorf: Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft.
- Möws, Volker; Seidel, Jochen (2001): Mit dem DRG-System kommt der Markt ins Krankenhaus - Das Benchmarking wird den Krankenhausbetriebsvergleich verdrängen. In: *führen und wirtschaften im Krankenhaus* 18, 1: 44-47.
- myDRG (lfd. Jge.): Case-Mix Newsletter. Online verfügbar unter: <http://www.mydrg.de>.
- Nauen, Karl; Offermanns, Matthias; Schilz, Patricia (2005): Kennzahlenbasierte Jahresabschlussanalyse im DKI-Management-Report (I). In: *Das Krankenhaus* 97, 5: 415-418.
- Needleman, Jack; Buerhaus, Peter I.; Mattke, Soeren et al. (2002): Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. In: *New England Journal of Medicine* 346, 22: 1715-1722.
- Nikolow, Rita (2007): Pflege in Kliniken immer schlechter. Forschungsinstitut warnt Krankenhäuser vor weiterem Stellenabbau. *Tagesspiegel*, 19.07.2007.
- Numata, Yuka; Schulzer, Michael; Wal, Rena van der et al. (2006): Nurse staffing levels and hospital mortality in critical care settings: literature review and meta analysis. In: *Journal of Advanced Nursing* 55, 4: 435-448.
- Pelster, Ulrich; Thölking, Peter (2004): Servicegesellschaften und Outsourcing. Ein geeignetes Duo, um Erlös- und Sparziele im Krankenhaus in Einklang zu bringen. In: *führen und wirtschaften im Krankenhaus* 21, 2: 158-160.
- Person, Sharina D.; Allison, Jeroan J.; Kiefe, Catarina I. et al. (2004): Nurse Staffing and Mortality for Medicine Patients with Acute Myocardial Infarction. In: *Medical Care* 42, 1: 4-12.
- Pfaff, Anita; Rindsfüßer, Christian; Busch, Susanne (1996): Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung - Möglichkeiten zur Umgestaltung und Ergebnisse ausgewählter Modellrechnungen. Endbericht an die Hans Böckler Stiftung. Stadtbergen: Hans Böckler Stiftung.
- Pieske, Reinhard (1996): Effizienzsteigerung in den Servicebereichen - viele Krankenhäuser stehen hier noch am Anfang. In: *Krankenhaus Umschau* 66, 2: 77-82.
- Pronovost, Peter J.; Deborah, Dang; Dorman, Todd et al. (2001): Intensive Care Unit Nurse Staffing and the Risk for Complications after Abdominal Aortic Surgery. In: *Effective Clinical Practice* 4, 5: 199-206.
- Pruß, Heide; Hopfner, Andrea; Listl, Hedwig et al. (2006): Intensivpflege: Rationierung? - Nein danke! In: *Die Schwester/Der Pfleger* 45, 12: 1046-1049.
- Rafferty, Anne Marie; Clarke, Sean P.; Coles, J. et al. (2007): Outcomes of variation in hospital nurses staffing in English hospitals: cross-sectional analysis of survey data and discharge records. In: *International Journal of Nursing Studies* 44, 2: 175-182.
- Rochell, Bernhard; Bunzemeier, Holger; Roeder, Norbert (2004a): Ambulante Operationen und stationäres Eingriffe im Krankenhaus nach § 115b SGB V - eine Einstiegshilfe (I). In: *Das Krankenhaus* 96, 3: 172-188.



- Rochell, Bernhard; Bunzemeier, Holger; Roeder, Norbert (2004b): Ambulante Operationen und stationersetzende Eingriffe im Krankenhaus nach § 115b SGB V - eine Einstiegshilfe (II). In: Das Krankenhaus 96, 4: 269-286.
- Roeder, Norbert (2003): Anpassung des G-DRG-Systems an das deutsche Leistungsgeschehen. Gutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Münster: DRG-Research Group Universitätsklinikum Münster.
- Roeder, Norbert (2004): Anpassungsbedarf der Vergütung von Krankenhausleistungen für 2005. Gutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Münster: DRG-Research Group Universitätsklinikum Münster.
- Roeder, Norbert (2005): Anpassungsbedarf der Vergütung von Krankenhausleistungen für 2006. Gutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Münster: DRG-Research Group Universitätsklinikum Münster.
- Roeder, Norbert (2006): Anpassungsbedarf der Vergütung von Krankenhausleistungen für 2007. Gutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Münster: DRG-Research Group Universitätsklinikum Münster.
- Roeder, Norbert; Rochell, Bernhard; Scheld, Heinrich (2000): Sicher in die DRGs. Die notwendigen Vorbereitungen im Krankenhaus. In: Das Krankenhaus 92, 9: 689-700.
- Schelchase, Torsten (2007): Statistische Krankenhausdaten: Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 2004. In: Klauber, Jürgen; Robra, Bernt-Peter; Schellschmidt, Henner (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2006. Stuttgart/New York: Schattauer, 303-342.
- Schmidt, Karl-Josef; Pfaffenberger, Peter (2000): Was wird, wenn die DRGs kommen? Eine Gewinn- und Verlustanalyse aufgrund von Erfahrungen im St. Josefs-Hospital Wiesbaden. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus 17, 3: 228-237.
- Schöning, Brigitte; Luithlen, Eberhard; Scheinert, Hanns (1995): Pflege-Personalregelung. Kommentar mit Anwendungsbeispielen für die Praxis. Stuttgart: Kohlhammer.
- Selbmann, Hans-Konrad (2004): Qualitätssicherung. In: Lauterbach, Karl W.; Schrappe, Matthias (Hrsg.), Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based-Medicine. Eine systematische Einführung. Stuttgart: Schattauer, 273-281.
- Silber, Jeffrey H.; Rosenbaum, P.; Ross, R. (1995): Comparing the contributions of groups of predictors: which outcomes vary with hospital rather than patient characteristics. In: Journal of the American Statistical Association 90: 7-18.
- Simon, Michael (1995): Aufhebung der Pflege-Personalregelung geplant. In: Die Schwester/Der Pfleger 34, 12: 1110-1114.
- Simon, Michael (2000): Krankenhauspolitik in der Bundesrepublik Deutschland. Historische Entwicklung und Probleme der politischen Steuerung stationärer Krankenversorgung. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Simon, Michael (2007): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. 2., vollständig überarbeitete Auflage. Bern: Hans Huber.
- Sovie, M. D.; Jawad, A. F. (2001): Hospital restructuring and its impact on outcomes: nursing staff regulations are premature. In: Journal of Nursing Administration 31: 588-600.
- Spengler, Hannes (2006): Einkommen und Arbeitszeiten junger Klinikärzte in Deutschland - Ergebnisse zweier aktueller Studien. In: Die Krankenversicherung 86, 3: 98-100.
- StBA, Statistisches Bundesamt (2004): Fachserie 12, Reihe 6.1.1: Grunddaten der Krankenhäuser 2002.
- StBA, Statistisches Bundesamt (2007a): Fachserie 12, Reihe 6.1.1: Grunddaten der Krankenhäuser 2005.
- StBA, Statistisches Bundesamt (2007b): Kostennachweis der Krankenhäuser 2005. Fachserie 12 Reihe 6.3. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Steiner, Peter; Mörsch, Michael (2005): Kritische Bestandsaufnahme der Investitionsfinanzierung in den Bundesländern. In: Das Krankenhaus 97, 6: 473-477.
- SVRK AiG, Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003): Gutachten 2003: Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Band I: Finanzierung und Nutzerorientierung. Bonn.
- SWR, Report Mainz (2007a): Pflegenotstand in deutschen Kliniken. Presseinformation vom 16.07.2007. Online verfügbar unter: <http://www.swr.de/report/presse/-/id=1197424/nid=1197424/did=2384576/upb2ga/index.html> (20.07.2007).
- SWR, Report Mainz (2007b): Riskante Krankenpflege: Wie in Krankenhäusern auf Kosten der Pflege gespart wird. Online verfügbar unter: <http://www.swr.de/report/-/id=233454/vv=print/pv=print/nid=233454/did=2214368/12giceh/index.html>.
- Thiex-Kreye, Monika; Kalbitzer, Manfred (2000): Veränderungen im Controlling bei Einführung eines DRG-Systems. In: Das Krankenhaus 92, 4: 269-274.
- Tourangeau, Ann E.; Cranley, L. A. (2006): Impact of nursing on hospital patient mortality: a focused review and related policy implications. In: Quality and Safety in Health Care 15: 4-8.
- Tourangeau, Ann E.; Giovanetti, Phyllis; Tu, Jack V. et al. (2002): Nursing-Related Determinants of 30-Day Mortality for Hospitalized Patients. In: Canadian Journal of Nursing Research 33, 4: 71-88.
- Tuschen, Karl-Heinz; Quaas, Michael (1998): Bundespflegesatzverordnung. Kommentar mit einer umfassenden Einführung in das Recht der Krankenhausfinanzierung. Stuttgart: Kohlhammer.

- Tuschen, Karl Heinz (1996): Aktuelle Entwicklungen der Krankenhausgesetzgebung. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus 13, 2: 93-100.
- Tuschen, Karl Heinz; Bechtholdt, Anneli (1993): Budgetfortschreibung 1993 bis 1995. Berechnungsschema. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus 10, 2: 86-92.
- Tuschen, Karl Heinz; Braun, Thomas; Rau, Ferdinand (2007): Mehr Wettbewerb, Transparenz und Qualität. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus 24, 4: 370-375.
- Tuschen, Karl Heinz; Trefz, Ulrich (2004): Krankenhausentgeltgesetz. Kommentar mit einer umfassenden Einführung in die Vergütung stationärer Krankenhausleistungen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Unruh, Lynn (2003): Licensed Nurse Staffing and Adverse Events in Hospitals. In: Medical Care 41, 1: 142-152.
- Walzik, Eva (2003): Reformoptionen zur Weiterentwicklung des Finanzierungssystems der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Jahrbuch für Kritische Medizin, Bd. 38: 121-129.
- Whitman, G. R. (2002): The impact of staffing on patient outcomes across speciality units. In: Journal of Nursing Administration 32: 633-639.

## **Der Autor**

Prof. Dr. Michael Simon lehrt seit 1998 an der Evangelischen Fachhochschule Hannover mit den Arbeitsschwerpunkten Gesundheitssystem und Gesundheitspolitik; er ist Mitherausgeber und Mitglied der Redaktion des Jahrbuch für Kritische Medizin.

## **Korrespondenzadresse**

Prof. Dr. Michael Simon  
Fachhochschule Hannover  
Fakultät V – Diakonie, Gesundheit und Soziales  
Blumhardtstr. 2  
30625 Hannover  
Tel.: (0511) 5301-198  
Email: michael.simon@fh-hannover.de

## **Ausgewählte weitere Veröffentlichungen**

- Simon, Michael (1997): Das Krankenhaus im Umbruch. Neuere Entwicklungen in der stationären Krankenversorgung im Gefolge von sektoraler Budgetierung und neuem Entgeltsystem. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, P97-204. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung: Berlin.
- Simon, Michael (2000): Krankenhauspolitik in der Bundesrepublik Deutschland. Historische Entwicklung und Probleme der politischen Steuerung stationärer Krankenversorgung, Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Simon, Michael (2000): Monistische Finanzierung der Krankenhäuser. Kritische Anmerkungen zu einem umstrittenen Reformvorhaben, in: Jahrbuch für Kritische Medizin, Jg. 32, Heft S. 58-81.
- Simon, Michael (2001): Die Ökonomisierung des Krankenhauses. Der wachsende Einfluss ökonomischer Ziele auf patientenbezogene Entscheidungen. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, P01-205, Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin.
- Simon, Michael (2002): Das neue DRG-Fallpauschalensystem für Krankenhäuser. Kritische Anmerkungen zum Konzept einer Steuerung „über den Preis“, in: Deppe, Hans-Ulrich/Burkhardt, Wolfram (Hrsg.): Solidarische Gesundheitspolitik. Alternativen zu Privatisierung und Zwei-Klassen-Medizin, Frankfurt/M.: VSA, S. 145-158.
- Simon, Michael (2007): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. 2., vollständig überarbeitete Auflage. Bern: Hans Huber.
- Simon, Michael (2007): Das deutsche DRG-Fallpauschalensystem: Kritische Anmerkungen zu Begründungen und Zielen. In: Jahrbuch für Kritische Medizin, Bd. 44, S. 41-63.